

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur QUENU

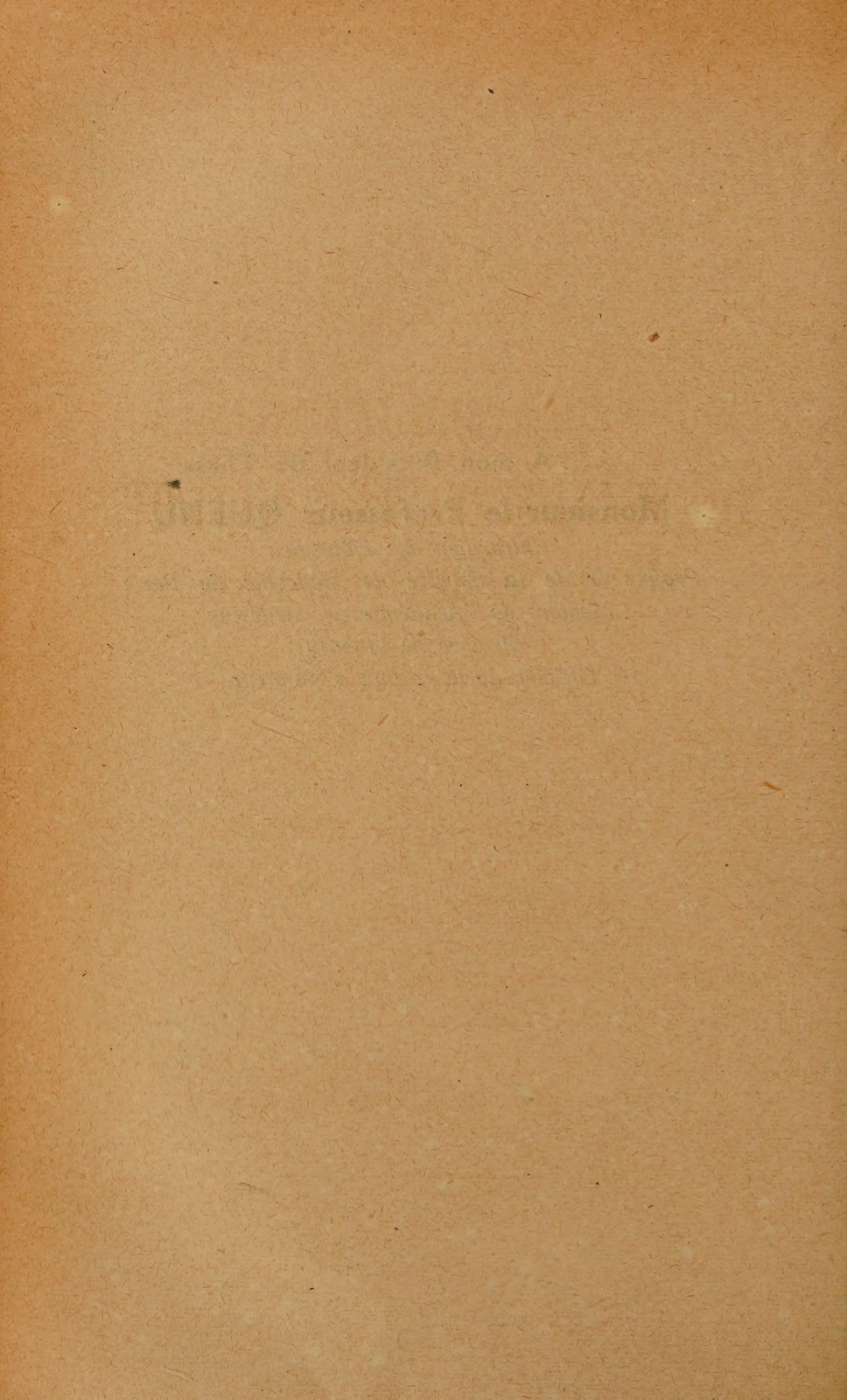
Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut

Officier de la Légion d'Honneur



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU PROLAPSUS INTESTINAL
DE L'ANUS CONTRE NATURE
et de ses Complications

Henri-Amable-Pierre MERCIER

Né à MONTLUÇON (Allier), le 1^{er} Août 1888

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaillé militaire, décoré de la Croix de guerre

Médecin aide-major de 1^{re} classe

121^e Régiment d'Infanterie, 1^{er} Zouaves, Equipe Chirurgicale A. 590

Président : Monsieur le Professeur QUENU

LE DOYEN : M. ROGER.
 PROFESSEURS : MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	N.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	N.
Pathologie médicale.....	N.
Pathologie chirurgicale.....	LETULLE.
Anatomie pathologique.....	PRENANT.
Histologie.....	N.
Opérations et appareils.....	POUCHET.
Pharmacologie et matière médicale.....	CARNOT.
Thérapeutique.....	
Hygiène.....	
Médecine légale.....	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	ACHARD.
	WIDAL.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Clinique et hygiène de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique.....	N.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (André)	MOCQUOT	SCHWARTZ (Anselme).
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNÉ-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	
GRÉGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUÉNIOT	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

En 1918, Monsieur le Docteur Piquand nous montra chez une de ses anciennes opérées, une complication assez rare d'un anus contre nature.

Cette malade présentait un prolapsus de l'S iliaque (sur lequel siégeait l'anus C. N.) avec hernie de l'intestin grêle dont une anse était venue s'étrangler dans le sac limité par la face péritonéale du gros intestin retourné.

L'observation de cette malade nous parut extrêmement intéressante, et nous donna l'idée de rechercher des cas semblables dans la littérature médicale.

Au cours de ces recherches nous pûmes constater combien les anus C. N. se compliquent fréquemment de prolapsus intestinaux.

Ainsi nous vint l'idée de faire de l'étude de ces prolapsus et de leurs complications le sujet de notre thèse.

Nous adressons nos bien respectueux remerciements à Monsieur le Professeur Quenu qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

Nous prions le Docteur Piquand d'agréer l'expression de notre bien vive gratitude pour les deux belles observations inédites qu'il a bien voulu nous communiquer ainsi que pour les nombreux conseils qu'il nous a donnés pendant tout le cours de nos études.

HISTORIQUE

Le prolapsus intestinal dans l'anus contre nature a été décrit pour la première fois dans une observation d'Hipocrate (7^e livre des Epi-
démies) :

Le fils de Dinias, ayant reçu une plaie pénétrante de médiocre étendue dans la région de l'abdomen, il lui resta en cet endroit une fistule de laquelle il sortit dans la nuit un gros ver ; lorsque cet enfant avait la fièvre, les matières bilieuses s'écoulaient par cette même voie ; l'intestin s'échappa par la fistule, il était corrodé comme elle. L'accident de la sortie de l'intestin s'est renouvelé plusieurs fois, il ne pouvait rester dans le ventre lorsque l'enfant avait de la toux.

Il faut après Hipocrate arriver jusqu'à Fabrice de Hilden pour avoir une nouvelle description de cette complication, nous donnerons plus loin une observation de cet auteur.

Enfin en 1774 Sabatier, dans son mémoire à l'académie royale de chirurgie, qui constitue le premier travail important sur cette question, recueille et commente une série de cas de retournement de l'intestin observés quelques années avant, par lui et par Albinus, le Cat, Puy et le Blanc.

Plus récemment, Desault, Leblanc, Dupuytren, Blandin, Alquié, Foucher, Verneuil, Polosson, Guyon, Chaput et A. Guinard se sont occupés de la question au point de vue étiologique, clinique anatomo-pathologique et opératoire.

Les travaux de ces auteurs ont été bien résumés par Géraud dans sa thèse de 1902 sur les complications de l'anus contre nature.

Depuis, la technique de l'anus artificiel a fait l'objet d'un grand nombre de travaux, ayant pour but de s'opposer à la fois au prolapsus, à l'incontinence et au passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

Parmi ces travaux, il nous faut citer particulièrement ceux des professeurs Quenu, Reclus, Hartmann, Demoulin, des professeurs agrégés Pierre Duval et Gosset.

CHAPITRE I^{er}

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant de décrire le prolapsus de l'intestin à travers un anus contre nature, il est indispensable de signaler rapidement les diverses variétés anatomiques que peut revêtir cet anus, les prolapsus étant plus ou moins fréquents et revêtant des formes notablement différentes suivant la disposition anatomique que présente l'anus anormal à travers lequel ils font hernie en dehors.

Au point de vue anatomique, l'anus contre nature est constitué par une perte de substance portant à la fois sur une partie de la paroi abdominale et de la paroi de l'intestin, créant une communication entre la cavité de ce conduit et l'extérieur. Cette définition s'appliquant aussi à la fistule stercorale, Polosson différencie fonctionnellement l'anus contre nature de la fistule stercorale de la façon suivante : ce qui caractérise l'anus contre nature et le distingue de la fistule stercorale, c'est qu'il livre passage à la totalité ou à la plus grande partie des matières, c'est qu'il joue pathologiquement le rôle physiologique dévolu à l'orifice anal. Ainsi entendu l'anus contre nature peut se diviser en deux grandes variétés :

1^o *Anus spontané* constituant l'aboutissant d'une lésion traumatique, néoplasique ou inflammatoire.

2^o *Anus artificiel* établi par le chirurgien dans un but thérapeutique.

Depuis la période aseptique les anus contre nature spontanés sont devenus relativement rares. On les voyait, parfois, jadis, succéder à des cancers à l'intestin, à une tuberculose péritonéo-intestinale et surtout

à un étranglement herniaire non traité ou sur lequel on s'était livré à un taxis trop prolongé ou trop rude.

On a vu aussi des anus contre nature s'établir consécutivement à des plaies de l'abdomen et à des interventions chirurgicales. Actuellement, l'anus contre nature est le plus souvent voulu ; c'est un anus artificiel chirurgical établi pour lutter contre une obstruction intestinale, pour établir une dérivation transitoire ou permanente des matières fécales.

L'anus contre nature peut être établi d'urgence dans l'occlusion aiguë par simple formation de « fistule intestinale ». La paroi abdominale étant incisée, on recherche l'intestin météorisé ; au-dessus du siège de l'obstruction, on le fixe aux lèvres de la plaie pariétale et on l'incise.

Lorsque l'urgence est moins absolue on peut employer des procédés moins rapides. Mais assurant d'une façon plus parfaite l'évacuation complète du bout supérieur de l'intestin et la vacuité du bout inférieur, par la formation d'un éperon.

Plusieurs procédés sont employés pour la formation de cet éperon.

L'opération en 2 temps de Maydl-Reclus. Dans un premier temps, sous anesthésie générale, l'anse intestinale est attirée hors de l'abdomen jusqu'à son insertion mésentérique.

On traverse ce méso colon avec une sonde en gomme rigide ou une baguette de verre ou simplement une bande de gaze qui s'opposera à la rentrée de l'intestin.

Dans un 2^e temps, 5 ou 6 jours après et sous anesthésie locale à la cocaïne, l'incision de l'intestin est faite au thermocautère parallèlement à l'axe du viscère sur 2 ou 3 cent. de longueur.

On peut remplacer la tige en verre par la peau même de l'opéré en réunissant l'une à l'autre derrière l'intestin, les deux lèvres de la plaie pariétale, soit directement (Audry) soit après constitution d'un petit lambeau cutané (Jeannel).

Dans le cas où il est impossible de laisser hors du ventre une assez grande longueur d'intestin pour y constituer un éperon, on peut employer le procédé de Mosétig-Moorof, basé sur le rétrécissement de la lumière intestinale au-dessous de l'anus artificiel et former une sorte d'écran présentant seulement un petit orifice central, l'écran jouant le même rôle physiologique que l'éperon du procédé précédent.

Dans le but encore d'obvier à la difficulté de la formation d'un éperon, Madelung a proposé de fixer, après section complète de l'intestin le bout supérieur à la paroi abdominale et de réduire le bout inférieur dans l'abdomen après en avoir obstrué l'ouverture par une suture en deux plans.

D'autres auteurs toujours dans le même but ont proposé, après section complète de l'intestin, de suturer les deux bouts à deux orifices de la paroi, distants l'un de l'autre de quelques cent. (Reclus et Mocquot).

Enfin dans le but d'obtenir un anus contre nature continent on a cherché à établir autour de lui un sphincter artificiel. Le professeur Hartmann a conseillé à cet effet, au moment de la laparotomie de traverser les couches musculaires de la paroi abdominale en les dissociant à la sonde canelée parallèlement à leurs fibres, sans les sectionner.

Le prolapsus constitue une des principales complications des anus contre nature. Ils consistent en l'issue par l'orifice anal d'une portion plus ou moins grande de l'intestin. Ces prolapsus peuvent être divisés en deux grandes classes :

1^o *Les prolapsus muqueux* ou partiels dans lesquels la muqueuse intestinale seule apparaît à l'extérieur.

2^o *Les prolapsus complets* dans lesquels le cylindre intestinal tout entier avec ses trois tuniques se retourne en doigt de gant à travers le sphincter pour s'échapper au dehors.

I. ETUDE DU PROLAPSUS MUQUEUX. — La muqueuse intestinale repose sur un tissu sous muqueux assez lâche qui lui permet un glissement facile. Quand, par le fait de la solution de continuité produite par l'anus contre nature, cette muqueuse sectionnée n'a plus de point d'appui, elle fait peu à peu hernie sur les bords de l'orifice sous forme d'un bourrelet anulaire rouge vif ; plus tard, sous l'influence des mouvements péristaltiques et de la pression abdominale, que cette muqueuse supporte dans ses parties profondes, elle glisse peu à peu au dehors,.... comme le fait « la doublure trop longue ou mal cousue d'une manche d'habit » pour employer la comparaison classique de Gosselin à propos du prolapsus de la muqueuse rectale. Quelquefois le prolapsus muqueux n'intéresse qu'une partie de la circonférence anale, mais le plus souvent il est absolument circulaire et comprend la muqueuse entière formant à l'anus un bourrelet continu-

qui s'unit exactement à la peau de la région anale sans en être séparée par le moindre sillon.

Le prolapsus muqueux peut se présenter sous deux aspects différents correspondant à deux stades du même processus : le bourrelet muqueux et le cylindre muqueux.

Le bourrelet muqueux est habituel dans l'anus contre nature. La muqueuse éversée forme un anneau circulaire exubérant, susceptible de s'ulcérer et de devenir douloureux et gênant.

Le cylindre muqueux est produit par une procidence beaucoup plus considérable de la muqueuse, on se trouve en présence d'un cylindre dont la longueur peut atteindre 11 cent. (observations du professeur Jeannel.) Primitivement les parois du cylindre sont minces et souples ; on en reconnaît bien facilement la nature purement muqueuse, mais plus tard, par suite de l'infiltration due à la stase sanguine et à l'inflammation qui se développe par suite des ulcérations qui ne tardent pas à se produire à la surface de la muqueuse, le cylindre s'épaissit, devient ferme au toucher et donne la sensation d'une éversion de l'intestin, ainsi qu'en témoigne l'observation où l'on crut avoir affaire à cette dernière affection.

Quoiqu'il en soit, dans ces deux types de prolapsus muqueux la réduction, facile à obtenir au début, est impossible à maintenir réduite et la muqueuse sans cesse exposée au frottement de l'appareil ou du pansement subit des modifications notables, sa surface se dessèche par place, se recouvre d'excoriations superficielles par où s'écoule une sanie fétide.

Une lymphangite chronique épaissit la muqueuse et la transforme bientôt en un tissu lardassé et dur qui rend la réduction impossible.

II. PROLAPSUS TOTAL. — Dans le prolapsus complet la disposition n'est pas la même, les lésions peuvent être beaucoup plus importantes. La muqueuse ne sort pas seule, elle entraîne avec elle les autres tuniques intestinales « la couche musculieuse se retourne peu à peu et sort avec la muqueuse qui la double » (J.-L. Faure).

Les prolapsus totaux de l'intestin dans l'anus artificiel variant suivant la portion d'intestin comprise par cet anus nous étudierons séparément les prolapsus intestinaux de l'anus artificiel établis : 1^o Sur l'S iliaque, 2^o sur le cœcum, 3^o sur l'intestin grêle. Ceux de l'S iliaque étant les plus fréquents nous les étudierons d'abord :

A. PROLAPSUS DE L'S ILIAQUE peuvent se subdiviser en plusieurs variétés. Les prolapsus peuvent porter sur : 1^o un seul des bouts de l'intestin, 2^o sur les deux bouts, 3^o sur l'éperon.

1^o *Prolapsus portant sur un seul bout de l'intestin.* — Cette variété s'observe presque exclusivement quand l'intestin a été complètement sectionné, surtout quand l'intestin a été abouché à deux orifices séparés par un pont formé de toute la paroi abdominale ou simplement d'un lambeau cutané.

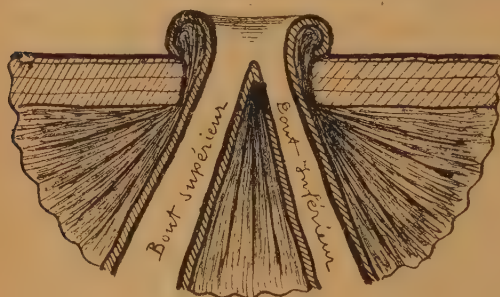
On les observe encore dans les anus contre nature faits suivant le procédé de Madelung consistant en abouchement du bout supérieur de l'intestin à la peau et oblitération du bout inférieur suivie de réduction dans l'abdomen.

Est-ce le prolapsus du bout supérieur ou du bout inférieur qui est le plus fréquent ?

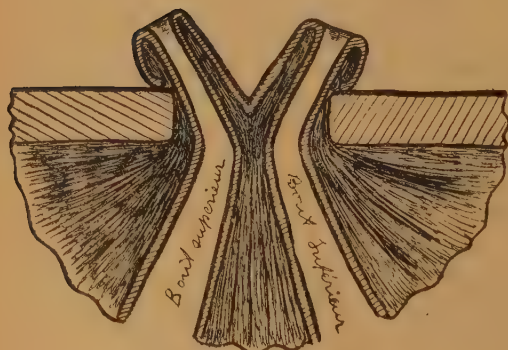
L'éversion du bout inférieur serait la plus fréquente pour Boyer, Alquié, Cruveilhér. Ce serait au contraire celle du bout supérieur d'après Dupuytren. Cette seconde manière de voir nous semble plus exacte. En effet, sur vingt-huit observations d'éversion de l'intestin, Géraud en trouve sept où le prolapsus est formé par le bout supérieur, cinq par l'inférieur, huit par les deux bouts à la fois et trois observations où le bout n'est pas déterminé. On conçoit facilement la prédominance du prolapsus du bout supérieur, en effet l'individu étant dans la position verticale, cette partie de l'intestin est normalement entraînée au dehors par son propre poids. Ensuite le bout supérieur présente une mobilité beaucoup plus grande que le bout inférieur.

Le professeur agrégé Pierre Duval qui a longuement et remarquablement étudié les moyens de fixité du colon pelvien dans sa thèse de 1902 a montré que « le colon terminal tendait à voir disparaître son méso et sa mobilité », au fur et à mesure que l'individu avançait en âge. Les porteurs d'anüs contre nature étant généralement des adultes, nous ne nous étonnerons donc pas, l'intestin inférieur étant en quelque sorte bloqué par son méso de constater que le prolapsus de l'extrémité inférieure est beaucoup plus rare que celle de l'extrémité supérieure. Quoiqu'il en soit, le prolapsus est alors composé de deux cylindres, dont l'un, cylindre enveloppant, se continue avec la peau de la périphérie de l'anüs contre nature et dont l'autre cylindre enveloppé remonte dans l'intérieur du premier pour se continuer dans l'abdomen avec l'S iliaque.

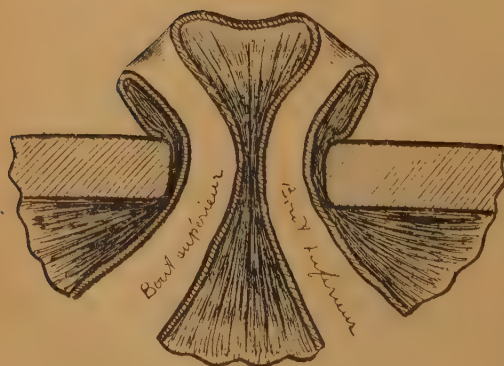
2° *Prolapsus des deux bouts de l'intestin.* — C'est la variété de beaucoup la plus fréquente, on l'observe surtout dans l'anus à éperon, exécuté par le procédé de Maydl-Reclus par exemple. On les rencontre également dans les anus contre nature spontanés, lorsqu'un processus de gangrène a sectionné l'intestin.



I.



II.



III.

Les deux bouts de l'intestin sont fixés d'une part à la paroi abdominale sur le pourtour de l'orifice de l'anus contre nature, d'autre part à l'éperon, qui ne participe pas au prolapsus, au moins au début de l'affection. Dans ces conditions chaque bout de l'intestin se retourne en doigt de gant et se prolabe au dehors. Les deux boudins ainsi constitués ayant tendance à s'écarter l'un de l'autre. La disposition de l'intestin rappelle un Y avec ses trois branches.

La portion de l'S iliaque restée dans l'abdomen est la branche verticale, les deux bouts intestinaux prolabés, séparés par l'éperon, en représentent les deux branches divergentes.

Tantôt le prolapsus des deux bouts a une longueur sensiblement égale, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ils sont inégaux, le bout supérieur étant plus long pour les raisons qui ont été exposées au paragraphe précédent.

Chacun des deux bouts intestinaux ainsi prolabé est formé de deux cylindres comprenant chacun la totalité des tuniques de l'intestin. Dans chaque bout le cylindre interne se continue en bas avec l'intestin resté dans l'abdomen, en haut avec le cylindre externe. Le cylindre externe se continue en haut avec l'interne, en bas et en dehors avec la peau qui limite l'orifice de l'anus artificiel, en dedans avec l'éperon qui reste en place tout au moins au début.

Les deux cylindres sont séparés par une cavité séreuse que cloisonne le méso colon pelvien. Pendant un certain temps cette cavité persiste, permettant des mouvements de glissement des deux cylindres l'un sur l'autre, et par conséquent la réduction du prolapsus ; lorsque ce dernier devient volumineux les deux feuillets séreux irrités par des frottements continuels et par des infections du voisinage, s'accollent presque complètement rendant toute réduction impossible.

Quelquefois la cavité séreuse peut persister et une anse intestinale voisine peut venir s'y engager, produisant une véritable hédrocele. Toutefois cette disposition est beaucoup plus rare que celle que nous allons étudier dans le paragraphe suivant.

Quand le prolapsus devient volumineux la disposition précédente est notablement modifiée par ce fait que l'éperon cède à son tour et se prolabe au dehors. Tout l'anus, les deux bouts et l'éperon se trouvent hors de l'abdomen.

L'aspect extérieur du prolapsus est alors très fortement modifié puisque au lieu de 2 boudins divergents on a une masse vaguement arrondie, plus ou moins déprimée à son centre et présentant à sa périphérie les deux orifices de l'anus anormal.

Cette disposition forme une sorte de transition entre la variété de prolapsus que nous venons d'étudier et la variété suivante où le prolapsus commence par l'éperon.

3^o *Prolapsus débutant par l'éperon de l'anus contre nature.* — Dans un certain nombre de cas le prolapsus au lieu de débiter par les bouts de l'intestin commence par l'éperon qui les sépare.

Cette variété s'observe surtout dans le cas d'anus contre nature spontané, ou bien dans le cas d'anus artificiel où l'intestin est incom-

plètement sectionné et où par conséquent l'éperon a été formé par la paroi interne de l'intestin.

Dans ces cas non décrits par les auteurs classiques on observe la disposition suivante : la paroi supérieure du bout supérieur ainsi que la paroi inférieure du bout inférieur restent unies à la peau et ne forment qu'un faible bourrelet légèrement en relief.

L'éperon qui sépare les deux orifices intestinaux et qui est formé par la paroi interne de l'intestin non sectionnée se soulève sous la pression des anses intestinales voisines et constitue une véritable hernie.

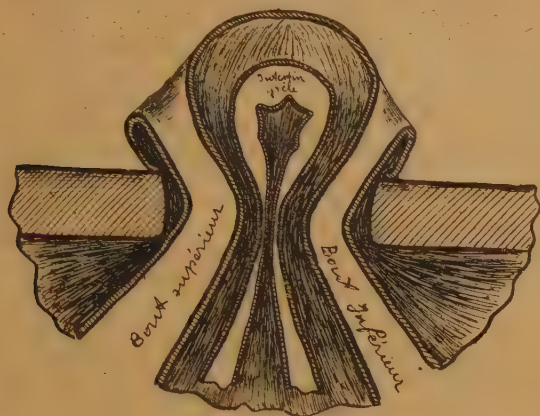
Le sac de cette hernie est formé par la paroi intestinale prolapsée muqueuse en dehors, séreuse en dedans. En haut elle se continue avec la paroi inférieure du bout supérieur, en bas, avec la paroi inférieure du bout inférieur.

La surface interne de ce sac est tapissée par le revêtement péritonéal de l'intestin, cloisonné par le mésocolon pelvien.

Dans le cas de prolapsus peu volumineux il s'établit des adhérences qui unissent les deux feuillets péritonéaux. Au contraire, dans le prolapsus volumineux les adhérences sont presque toujours incomplètes, de sorte qu'il persiste un véritable sac, souvent très large, dans lequel les anses intestinales et l'épiploon peuvent s'engorger comme dans n'importe quelle hernie. La disposition de ce sac peut même devenir beaucoup plus complexé. En effet, la cavité du sac renferme déjà normalement une partie du mésocolon pelvien qui adhère sur toute son étendue au bord interne de l'S iliaque et par conséquent à la paroi interne du sac qu'il divise en deux cavités. Tantôt l'une de ces cavités s'oblitérera par suite d'adhérences, tantôt les deux cavités restent perméables et dans chacune d'elles peuvent s'engager les anses intestinales avec leurs mésos et des lames d'épiploon. Le tout contractant de nombreuses adhérences, le contenu du prolapsus forme finalement un tout presque inextricable qui ne le cède en rien aux hernies ombilicales les plus complexes.

Dans certains cas heureusement exceptionnels, la complexité devient encore plus grande, lorsque les deux bouts de l'intestin se prolapsent à leur tour, entraînant avec eux un diverticule de la cavité paritonéale. Il se forme alors un double sac ; l'un central formé aux

dépens de l'éperon, l'autre périphérique formé aux dépens des parois externes des deux bouts intestinaux.



— . IV . —

Les deux sacs sont naturellement cloisonnés par le mésocolon pelvien et logent de l'intestin et de l'épiploon avec des adhérences multiples. Ils sont séparés l'un de l'autre par la cavité de l'S iliaque toujours très aplatie et déprimée, parfois même presque impossible à reconnaître.

B. PROLAPSUS DE L'ANUS ETABLI SUR LE CŒCUM

Ces sortes de prolapsus peuvent présenter quatre variétés :

1^o Un prolapsus muqueux qui ne présente rien de particulier, ressemblant en tout point au prolapsus muqueux étudié précédemment.

2^o Un prolapsus total de l'intestin en doigt de gant ressemblant également en tout point au prolapsus total étudié précédemment.

3^o Un prolapsus du colon ascendant, dans ce cas d'ailleurs rare, il se fait d'abord une invagination dont la cavité du cœcum, puis le boudin ainsi invaginé s'engage dans l'orifice de l'anus artificiel et vient faire issue au dehors.

La disposition est complètement différente de celle étudiée ci-dessus puisque le boudin prolabé se trouve séparé de l'orifice de l'anus contre nature par un sillon plus ou moins profond formé par l'adossement des parois du cœcum et du colon descendant invaginé.

Le sillon est toujours beaucoup plus profond à la partie inférieure qu'à la partie supérieure.

Lorsque le prolapsus devient très volumineux, ce sillon peut s'effacer, la totalité du cœcum se trouvant au dehors. De même, entre les deux parties invaginées se trouve un diverticule de la cavité séreuse, supprimée plus ou moins par des adhérences et dont la disposition rappelle celle étudiée à propos de l'S iliaque.

Dans la thèse de Géraud, M. R. Demoulin rapporte une observation très intéressante :

R.. François, âgée de 77 ans, sans profession, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a toujours été très bien portante et est pensionnaire de l'asile des ménages depuis huit ans.

En mai 1900, elle sentit que ses forces faiblissaient en même temps qu'elle éprouvait des difficultés pour aller à la selle. Elle avait une selle chaque jour, mais elle était peu abondante, formée de matières dures et fragmentées. La défécation accomplie, la malade ne se sentait pas complètement soulagée. En aucun moment elle ne remarqua l'issue de glaires ni de sang par l'anus. Aucun traitement ne fut institué contre cette constipation relative.

Le 15 mars 1901 la constipation devint subitement absolue ; la malade avait en outre de l'anorexie, puis peu après apparurent des vomissements alimentaires et enfin nettement fécaloïdes.

Les liquides même n'étaient plus supportés. L'interne de l'hospice fit le diagnostic d'occlusion intestinale et ordonna le transport de la malade à l'hôpital Boussicaut, dans le service du Dr Gérard Marchant.

Le 16 mai, M. Demoulin examina la malade et, ne trouvant aucun signe physique pouvant servir à établir un diagnostic causal, certain de l'obstruction intestinale dont souffrait la malade, pensa que cet accident était dû à une paralysie intestinale ou à un petit néoplasme. Comme il existait de la matité à gauche, le chirurgien jugea qu'il valait mieux faire un anus cœcal, ce qui fut fait.

Les suites opératoires furent excellentes, les gaz et les matières sortirent aussitôt après l'ouverture de l'intestin et la malade sentit un bien-être très grand. Mais, au bout de trois ou quatre jours, la paroi cœcale commença à faire issue hors des lèvres de l'anus contre nature, puis, peu à peu, se constitua une éversion complète du cœcum et d'une partie du colon ascendant. On pouvait voir sur ce prolapsus la valvule iléo-cœcale ainsi que l'orifice de l'appendice vermiculaire. A cette époque, la réduction entière de l'éversion du cœcum pouvait être obtenue. Les matières s'écoulaient constamment par la valvule iléo-cœcale et surtout au moment des repas.

Au bout d'un mois, la malade retourne à l'asile des ménages ; mais, à la suite de pansements mal faits il se déclare une dermatite intense qui l'oblige à retourner à l'hôpital. Là, elle est un objet de dégoût pour le personnel subalterne chargé de lui donner les soins de propreté nécessités par son état et, se voyant mal pansée, elle retourne dans son asile.

Elle y reçoit des soins très dévoués de la part d'une nouvelle infirmière et son affection inflammatoire guérit rapidement.

Actuellement (9 mai 1902) cette femme jouit d'une santé très bonne et supporte facilement un énorme prolapsus du cœcum. Dans la fosse iliaque droite on voit, en effet, une masse rosée un peu luisante aplatie comme une vessie dégonflée, formant un croissant à concavité externe, long de 15 cent. environ. Il est retenu à la paroi abdominale par un pédicule large de 4 cent. notablement plus rouge que le reste de la tumeur. Aussitôt qu'on retire la compresse, on voit les tuniques intestinales onduler assez rapidement et ces mouvements vermiculaires se dirigent du colon vers l'appendice. L'extrémité supérieure présente un orifice entouré de plis circulaires et conduisant dans le colon ascendant ; l'extrémité inférieure est arrondie et présente à 2 ou 3 cent. de son extrémité un petit orifice qui conduit dans l'appendice. Au-dessus de cet orifice, sur la face externe du prolapsus, on voit très nettement la valvule iléo-cœcale.

Le prolapsus n'est douloureux ni spontanément, ni au toucher, si ce n'est quand on cherche à mobiliser son pédicule, ce qui provoque une vive douleur.

Environ toutes les 25 à 30 m., on voit la valvule iléo-cœcale s'entr'ouvrir comme le fait l'orifice de l'urètre dans la vessie et laisser échapper une petite quantité de matières molles. Ce phénomène est surtout facile à voir quand la malade a pris son

repas et, surtout, quand elle a bu du lait. Le seul fait d'avaler un verre de lait à un moment quelconque de la journée provoque une évacuation de matières.

Quand la malade mange des légumes tels que des pois, des haricots et des lentilles on les voit ressortir le lendemain dans l'état où ils ont été ingérés.

L'éversion du cœcum n'est réductible qu'en partie.

La palpation de l'abdomen est négative.

Le toucher rectale est douloureux, et permet de se rendre compte de l'intégrité absolue du rectum qui contient une masse fécale dure et volumineuse de coloration grisâtre ; celle-ci provoque depuis quelque temps des envies d'aller à la selle.

4^o Prolapsus avec invagination iléo-cœcale. — Dans cette variété il se produit d'abord une invagination de l'intestin grêle qui franchit la valvule iléo-cœcale et se retourne en doigt de gant dans la cavité cœcale. Le boudin vient faire hernie au dehors en franchissant l'orifice de l'anus contre nature. On a dans ce cas un prolapsus constitué par un double cylindre intestinal. Le cylindre interne se continue avec l'intestin grêle ; le cylindre externe s'enfonce dans l'anus contre nature dont il est séparé par un sillon plus ou moins profond, et va se continuer avec la paroi du cœcum.

Presque toujours cette disposition se trouve assez rapidement modifiée parce que sous l'influence des contractions intestinales et des efforts, la paroi interne du cœcum cède à son tour et vient se prolaber au dehors. De sorte que le prolapsus se trouve constitué par une longueur plus ou moins considérable d'intestin grêle invaginé sur lui-même par la valvule iléo-cœcale et par la paroi interne du cœcum retournée en doigt de gant.

Observation inédite due à M. le Dr Piquand :

M. R..., âgé de 64 ans, présente depuis plusieurs mois des troubles intestinaux, surtout de la constipation, qui sont mis sur le compte d'entéro-colite. Au mois d'octobre 1918 il est pris brusquement d'accidents d'occlusion intestinale extrêmement graves.

Un chirurgien appelé fait le diagnostic de cancer du gros intestin et déclare toute intervention inutile.

Au cinquième jour de l'occlusion, M. Piquand voit le malade, qui présente tous les signes d'une occlusion siégeant sur la partie gauche du gros intestin, il conseille de pratiquer un anus sur le cœcum.

L'opération est pratiquée le 11 octobre à l'hôpital St-Joseph. Sous anesthésie locale on incise la paroi abdominale, dans la fosse iliaque droite, le cœcum fortement distendu est suturé au péritoine pariétal, puis largement ouvert, et les bords de la brèche ainsi faite unis à la peau par 4 points de suture traversant toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

A la suite de l'opération il s'écoule une grande quantité de matières liquides, puis l'anus cesse complètement de fonctionner par suite de paralysie de l'intestin, et c'est seulement au bout de 48 heures que sous l'influence de lavages répétés de l'intestin, les matières et les gaz recommencent à passer.

Le malade très fatigué, se rétablit lentement et ne commence à se lever qu'au bout de 2 mois.

Un jour, en faisant un effort pour s'asseoir dans son lit, il ressent une douleur

assez vive et constate que l'anوس donne passage à une sorte de boudin rosé, long d'environ 7 à 8 centimètres.

M. Piquand appelé aussitôt, pense d'abord à un prolapsus du cœcum, mais l'examen lui montre facilement qu'il s'agit non d'un prolapsus vrai, mais d'une invagination intestinale. En effet, on constate tout autour du boudin prolabé l'existence d'un sillon circulaire, par lequel on peut introduire le doigt dans la cavité du cœcum. On peut aussi reconnaître que le boudin prolabé s'implante sur la paroi interne du cœcum et on sent au niveau de son point d'implantation une sorte de relief plus dur, qui paraît être la valvule ileo-cœcale. On porte alors le diagnostic d'invagination de l'intestin grêle à travers la valvule ileo-cœcale, avec prolapsus du boudin invaginé par l'anوس artificiel.

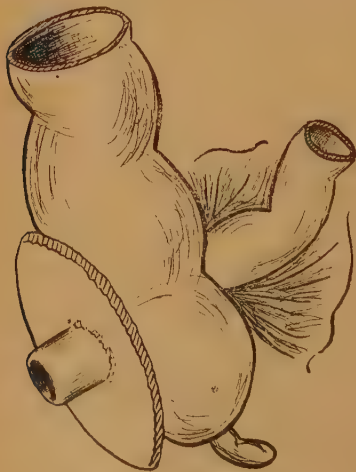
L'index bien enduit de vaseline est introduit dans l'orifice que présente à son sommet le boudin prolabé et par une série de pressions on arrive à réduire ce boudin d'abord dans le cœcum, puis dans le ventre. Il persiste seulement dans l'intérieur du cœcum une petite saillie grosse comme une petite noix.

À trois reprises différentes, le prolapsus se reproduit à l'occasion d'efforts et peut être réduit de la même façon.

On fait alors porter au malade une sorte de ceinture munie d'une petite pelote s'adaptant bien sur l'anوس artificiel et qu'on enlève seulement pour laisser passer les matières. Le port de l'appareil est facilité par ce fait que le malade ne rend une quantité appréciable de matières qu'une fois par jour à la suite de l'absorption d'un laxatif.

À l'heure actuelle le prolapsus ne s'est pas reproduit depuis deux mois. Le malade est toujours très faible, et le diagnostic causal de l'occlusion ayant nécessité l'établissement de l'anوس, toujours en suspens.

Dans un certain nombre de cas, cette variété s'accompagne d'accidents de gangrène et d'occlusion dus à ce que l'intestin invaginé se trouve étranglé au niveau de la valvule ileo-cœcale.



V.

C. PROLAPSUS PORTANT SUR L'INTESTIN GRÊLE. — La disposition anatomique est très analogue à celle qu'on observe dans les anus portant sur l'S iliaque avec cette double différence cependant.

1° Que l'anوس portant sur l'intestin grêle est presque toujours un anus incomplet sans éperon.

2° Que l'intestin grêle est beaucoup plus mobile que l'S iliaque, double condition qui permettra l'issue au dehors d'une beaucoup plus grande longueur d'intestin.

De fait les prolapsus les plus volumineux sont presque toujours des prolapsus de l'intestin grêle.

Sous cette réserve, on peut là encore, observer des prolapsus muqueux et des prolapsus de la totalité de l'intestin. Ces derniers pou-

vant porter sur les deux bouts de l'intestin ou sur un seul. En raison du petit calibre de l'intestin il est rare de voir des prolapsus volumineux débutant par l'éperon et formant de grandes hédrocèles comme dans les cas décrits à propos de l'S iliaque.

Quelle que soit la variété du prolapsus auquel nous ayons à faire l'intestin prolabé peut présenter des altérations identiques. Altérations dues, d'une part, au frottement continuuel auquel se trouve soumis la muqueuse intestinale ; d'autre part aux troubles circulatoires dus à la compression des vaisseaux du méso colon pelvien ou du mésentère ; enfin aux infections du voisinage.

Ces lésions ne présentent d'ailleurs rien de particulier ; elles sont analogues à celles qu'on observe dans le prolapsus du rectum et peuvent présenter tous les intermédiaires depuis un simple œdème inflammatoire, jusqu'aux lésions de gangrène, dues à l'étranglement de l'intestin prolabé.

Nous reviendrons d'ailleurs plus longuement sur ce sujet au chapitre des complications.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Dans l'anus contre nature normal l'intestin est maintenu en place par des moyens de fixité de deux sortes :

1^o Par la résistance de la paroi abdominale qui soutient l'intestin à la façon d'un sangle et s'oppose à son issue au dehors.

2^o Par les ligaments, vaisseaux et mésos, adhérences normales ou pathologiques qui maintiennent l'intestin et lui constituent un appareil de suspension s'opposant à tout déplacement trop considérable.

Il faut donc que deux conditions se réalisent pour que le prolapsus puisse se produire.

1^o Que les moyens de suspension de l'intestin soient assez lâches pour permettre son issue au dehors.

2^o Que la résistance opposée par la paroi abdominale ne soit pas suffisante pour s'opposer à la sortie de l'intestin au dehors. L'appareil de soutien constitué par la paroi abdominale présente une résistance très variable

Suivant les sujets ;

Suivant le siège de l'anus ;

Suivant ses dimensions ;

Suivant la façon dont il a été établi ;

1^o *Suivant le sujet.*

La résistance de la paroi abdominale varie beaucoup avec les individus. D'une façon générale les sujets jeunes bien musclés ont une paroi abdominale solide, se laissant difficilement distendre et sou-

lever. Au contraire les sujets âgés ou obèses, les femmes ont une paroi peu résistante qui maintient mal l'intestin.

Certains individus ont congénitalement une paroi très faible qui les prédispose à toutes les variétés de hernies d'éventration et de prolapsus. C'est ainsi que les ptosiques de Glénard, les sujets à ventre en besace, ou triple saillie de Berger, seront particulièrement prédisposés au prolapsus, s'ils viennent à être porteurs d'anus contre nature.

2° *Le siège de l'anus*, fait varier considérablement la résistance de la paroi abdominale. Nous ne reprendrons pas ici les discussions de jadis sur l'anus lombaire de Callisen et l'anus iliaque de Littre, l'anus lombaire n'étant plus pratiqué ; nous dirons quelques mots seulement de l'anus abdominal. D'une façon générale le prolapsus est d'autant moins à craindre que l'anus siège plus latéralement et plus bas, plus à craindre, que l'anus siège plus haut et plus près de la ligne médiane.

Ce double fait s'explique aisément ; en effet, plus l'anus artificiel siège haut, moins l'intestin est maintenu par son méso et par conséquent, plus il a tendance à appuyer sur l'orifice anal et à faire issue au dehors.

De même, plus l'anus est rapproché de la ligne médiane, plus la résistance de la paroi abdominale est faible, plus l'intestin tend à appuyer sur l'anus au moment des efforts.

D'ailleurs, l'étude des éventrations post-opératoires, en particulier de celles qui succèdent aux opérations d'appendicite supurée montre que ces éventrations sont d'autant plus fréquentes que l'incision s'écarte davantage de l'épine iliaque, et que la laparotomie est faite plus haute.

3° *L'établissement ou la disposition de l'anus* peuvent faire varier la résistance de la paroi. La façon dont a été établi l'anus présente une importance considérable. Les anus constitués par un office large et limités par une vaste brèche aponévrotique ou cicatricielle donnent le maximum de facilité pour la production du prolapsus ; au contraire les anus étroits, limités par des muscles épais ayant conservé leur tonicité et par des aponévroses solides, donnent le minimum de chances. La façon dont l'intestin adhère au pourtour de l'orifice anal est également très importante.

S'il y a seulement des adhérences celluleuses lâches, unissant sur une très petite étendue l'intestin à la paroi abdominale, ces adhé-

rences se laisseront facilement distendre et permettront le glissement de l'intestin. Si, au contraire, il y a des adhérences fibreuses serrées, unissant une large surface intestinale aux parois de l'orifice abdominal, ces adhérences se laisseront difficilement distendre et s'opposeront à la sortie de l'intestin.

D'après ce qui précède, nous voyons que c'est dans l'anus spontané, consécutif à une plaie de l'abdomen par exemple que le maximum de chances favorisantes du prolapsus se trouve réalisé.

En effet dans ces cas l'orifice abdominal est presque toujours très étendu, irrégulier, limité par un tissu cicatriciel sans résistance. Autour de l'orifice les muscles de la paroi abdominale ont souvent été sectionnés ou déchirés et ont perdu toute résistance, de même l'aponévrose présente très fréquemment une vaste perte de substance irrégulière, comblée seulement par du tissu cicatriciel qui se laisse facilement soulever par la pression abdominale au moment des efforts.

Dans l'anus chirurgical les conditions sont très différentes et permettent moins aisément l'issue de l'intestin au dehors. Toutefois ces conditions sont très variables suivant la façon dont l'anus a été établi. Si le chirurgien a fait une large plaie en sectionnant les muscles et aponévroses de la paroi, comme cela se produit dans les antérostomies pour occlusion intestinale et aussi dans les anus contre nature à éperons établis suivant le procédé de Maydl-Reclus, la disposition est mauvaise ; se rapprochant beaucoup de l'anus spontané, elle permet facilement le prolapsus.

Si au contraire le chirurgien a établi un orifice étroit, si comme le recommande le professeur Hartmann, il a pratiqué la dissociation des muscles, ces derniers conservent leur tonicité et leur résistance, par conséquent, la paroi abdominale beaucoup plus solide s'opposera au prolapsus.

Si l'anus est divisé en deux orifices séparés par un pont de paroi abdominale saine, chacun des deux orifices étant plus étroit, la continuité des muscles et des aponévroses étant interrompue sur une étendue moindre, la résistance de la paroi abdominale s'opposera plus énergiquement au prolapsus.

Si le chirurgien n'a pas fixé l'intestin au pourtour de l'orifice, s'en remettant aux adhérences séreuses établies spontanément, presque toujours ces adhérences restent lâches, peu résistantes, et ne s'opposent que faiblement au glissement de l'intestin. Au contraire si l'in-

testin a été fixé solidement à la paroi, non seulement la séreuse, mais encore aux muscles et aponévroses, si les deux bouts de l'intestin ont été unis solidement au canon de fusil, ils auront beaucoup moins de tendance à glisser et à se prolaber au dehors.

En résumé, nous voyons que le prolapsus a d'autant moins de chances de se produire que l'orifice anal est plus étroit, plus latéral limité, par des muscles et des aponévroses intactes et qu'il adhère plus intimement à l'intestin.

MOYENS DE SUSPENSIONS

Les moyens de suspension de l'intestin sont très variables suivant le point où a été établi l'anus contre nature et suivant les sujets.

Lorsque l'anus a été établi sur le colon pelvien, cas le plus fréquent, la disposition du méso colon pelvien et des vaisseaux qu'il contient présente des variations individuelles très grandes qui ont été remarquablement étudiées par le professeur agrégé Pierre Duval dans sa thèse de 1902, nous lui empruntons les passages qui vont suivre.

Pour cet auteur, le colon pelvien est un segment d'intestin en voie d'évolution inachevée.

La longueur du colon pelvien est soumise à des variations considérables, ce fait résulte a priori de ce que l'anse est en évolution vers un type court, accolé dans le bassin, et que l'anse colique terminale primitivement longue et libre sur toute son étendue se fixe progressivement à la paroi abdominale pelvienne postérieure. Le méso également présente des variations importantes dans sa longueur, mais ces variations sont de deux sortes, les unes sont parallèles à celles de l'anse intestinale, un colon pelvien long a d'ordinaire un long méso, un colon court un petit méso. Les autres sont individuelles, le processus général de raccourcissement que nous avons signalé peut ne porter que sur le méso et non sur l'intestin ou inversement.

Cet auteur distingue quatre types différents de colon pelvien :

- 1° Colon pelvien long avec long méso, dont la racine secondaire s'insère haut dans la fosse iliaque.
- 2° Colon pelvien long avec méso court s'insérant bas au détroit supérieur.
- 3° Colon pelvien court avec long méso s'insérant haut.
- 4° Colon pelvien court avec court méso collé dans le pelvis.

Au stade où l'anse intestinale est libre, antéro-postérieur, la paroi abdominale est recouverte par un feuillet endothélial à structure embryonnaire ; on le désigne sous le nom de péritoine pariétal postérieur primitif ; ce n'est pas encore le péritoine définitif, loin de là.

Derrière ce feuillet se trouvent tous les vaisseaux, tous les organes sous péritonéaux.

Lorsque l'intestin se rabat à gauche et s'accolle à la paroi, le feuillet de son méso, primitivement gauche, devient postérieur ; il rencontre bientôt le péritoine pariétal postérieur primitif et se superpose à lui.

Une coupe horizontale, transversale, nous montre donc une superposition de trois feuillets indépendants, qui d'avant en arrière sont :

Le feuillet antérieur du méso colon, puis son feuillet postérieur, puis le péritoine pariétal postérieur primitif.

Entre les deux feuillets du méso les artères coliques se rendent à l'intestin ; sous le feuillet postérieur se trouvent les vaisseaux et organes pariétaux.

Pour passer de ce stade à la disposition définitive, les deux feuillets postérieurs, péritoine pariétal primitif et feuillet postérieur du méso s'accollent, se fusionnent apparemment en une lame unique.

Cet accolement débute en dehors sur le bord et gagne progressivement la ligne médiane, puis le péritoine définitif se constitue ; il comprend le feuillet antérieur du méso jusqu'au bord externe de l'intestin et en dehors le péritoine pariétal primitif qui s'élève ainsi au rang de péritoine définitif. Sur le bord externe du colon, méso et péritoine pariétal se fusionnent par une véritable ligne médulaire nette, des brides, des ligaments colon pariétaux, histologiquement une véritable cicatrice qui témoigne du processus de fusion.

Ainsi derrière les portions accolées du colon, se trouve un feuillet, dit feuillet de Toldt double à la vérité, interposé aux vaisseaux coliques pré jacents et aux organes pariétaux rétro jacents.

En apparence unique, ce feuillet même chez l'adulte reste double.

Les limites sont celles du champ d'accolement colique : en dedans la ligne médiane sur l'aorte, à gauche de la naissance de l'artère mésentérique inférieure ; en dehors, le bord externe des colons descendants et iliaques ; en haut, l'insertion pariétale oblique en haut et à gauche du méso colon transverse ; en bas, la racine secondaire du méso colon pelvien.

A ces limites, le fascia cesse, mais ses éléments ont aux différents endroits des destinées différentes.

En dedans, le feuillet postérieur du méso se réfléchit en le péritoine postérieur primitif ; en dehors, le feuillet du méso se continue dans le péritoine pré colique et le péritoine primitif se continue en sa portion définitive.

En haut, le feuillet du méso se continue en feuillet supérieur du méso colon transverse et le péritoine primitif devient définitif dans l'arrière cavité des épiploons (le Duodenum apporte ici des modifications que nous n'avons pas à envisager).

En bas, le feuillet postérieur du méso se continue en feuillet profond du méso colon pelvien ; le péritoine primitif devient définitif dans le bassin.

Cette citation, peut-être un peu longue, nous a paru indispensable car c'est justement la disposition du colon pelvien et de son méso qui constitue la condition essentielle favorisant ou au contraire opposante à la production d'un prolapsus.

Dans le cas du colon pelvien long avec long méso dont la racine secondaire s'insère haut dans la fosse iliaque, la disposition, tant de l'intestin que du méso, est extrêmement favorable à la production du prolapsus. Dans le cas de colon pelvien long avec méso court le prolapsus peut se produire, mais il restera presque toujours limité et peu volumineux, la descente de l'intestin se trouvant rapidement arrêtée par la pression du méso et des vaisseaux qu'il contient. Dans le cas de colon pelvien court avec long méso, le prolapsus sera également presque toujours peu volumineux, l'issue de l'intestin étant arrêtée par le peu de longueur du colon pelvien.

Enfin dans le cas de colon court avec court méso collé dans le pelvis, toutes les conditions se trouvent réunies, tant du côté intestin que du côté péritoine, pour s'opposer au prolapsus. D'ailleurs dans ces cas tous les chirurgiens ont constaté qu'il était très difficile souvent d'attirer l'intestin jusqu'à la paroi pour établir l'anوس contre nature : toutefois, même dans le cas de méso très court, on pourra parfois observer des prolapsus assez volumineux, les fascias d'accolement que nous signalions ci-dessus se laissant assez facilement distendre et permettant le glissement de l'intestin prolapsé, de même qu'ils permettent les décollements étendus au cours des interventions sur le colon ilio-pelvien.

ANUS CONTRE NATURE ÉTABLI SUR LE COLON TRANSVERSE

Dans cette variété d'anوس, exceptionnelle d'ailleurs, la longueur du méso colon transverse permettra aisément le prolapsus toutes les fois que l'anوس siègera à plus d'une vingtaine de cent. de l'angle colique ; de même chez les jeunes sujets, ou chez ceux qui malgré l'âge n'ont pas présenté d'accolement des mésos primitifs.

Toutes les parties du colon transverse y compris les deux angles coliques peuvent participer au prolapsus, les recherches déjà anciennes de Malgaigne nous ayant déjà appris que dans les hernies on pourrait rencontrer de toutes les parties du colon transverse.

ANUS CONTRE NATURE ÉTABLI SUR LE COECUM ET LE COLON ASCENDANT

Normalement, le cœcum étant incomplètement entouré par le péritoine pourra assez facilement se prolaber au dehors, à travers l'orifice de l'anوس contre nature. Toutefois, dans la majorité des cas, ce déplacement sera limité assez rapidement par la traction de l'extrémité du mésentère et des vaisseaux iléo-coliques et iléo-cœcaux.

A moins cependant qu'il se produise une invagination de la terminaison de l'intestin grêle qui entraîne avec elle l'extrémité correspondante du mésentère et des vaisseaux mésentériques.

Le colon descendant étant complètement fixé contre la paroi abdominale postérieure ne devrait pas théoriquement pouvoir participer au prolapsus.

Mais, d'une part chez de nombreux sujets, il y a persistance du

méso colon ascendant par manque de coalescence des deux feuillets de ce méso et du péritoine pariétal et absence de formation du fascia rétro colique ; d'autre part, nous savons, et les recherches récentes de Lardennois et Okinzick l'ont encore confirmé, que le fascia d'accolement quand il existe, constitue un plan celluleux lâche permettant assez facilement le décollement du fascia ascendant. De fait, dans un certain nombre de cas, le colon ascendant suit le prolapsus du cœcum.

ANUS CONTRE NATURE ÉTABLI SUR L'INTESTIN GRÊLE

Lorsque l'anوس est situé sur l'intestin grêle, le maximum de chances de production du prolapsus se trouve réalisé, une grande mobilité étant permise à l'intestin par suite de la longueur du mésentère. En fait, ce sont les anus contre nature de l'intestin grêle qui donnent lieu aux prolapsus les plus étendus. Tel était le cas du malade de Desault, qui fit à pied le trajet de Moulins à Paris avec un énorme prolapsus intestinal placé dans un pot de terre, attaché à sa ceinture.

MÉCANISME DE PRODUCTION DU PROLAPSUS

Lorsque les conditions que nous venons d'étudier sont réalisées le prolapsus peut se produire suivant deux mécanismes un peu différents.

Dans une première variété dont le mécanisme se rapproche beaucoup du prolapsus du rectum, il se produit d'abord une éversion de la muqueuse de l'intestin. Sous l'influence des efforts, cette muqueuse fait hernie au dehors, d'abord très légèrement, puis, de plus en plus considérablement. Au bout d'un certain temps, la muqueuse entraîne les autres tuniques de l'intestin qui se prolagent à leur tour à travers l'orifice anal.

Cette variété de prolapsus se produit toujours lentement et progressivement ; elle s'observe dans toutes les variétés d'anوس contre nature et en particulier dans les cas où l'intestin a été complètement sectionné.

Dans un deuxième ordre de choses, le prolapsus se produit de façon complètement différente ; il se fait d'abord une invagination de l'intestin qui entraîne secondairement la production du prolapsus.

Ce mécanisme est d'ailleurs un peu différent, que l'anوس siège sur l'S iliaque ou sur le cœcum. Dans le cas le plus fréquent, où l'anوس

siège sur l'S iliaque, au moment d'un effort violent, les anses intestinales viennent appuyer sur la paroi interne de l'S iliaque et tendent à aplatir complètement sa cavité. Sur tout le reste de l'étendue de la paroi abdominale, la résistance de cette paroi maintient solidement l'intestin, mais au niveau de l'orifice anal, il y a un point de moindre résistance au niveau duquel la paroi interne de l'S iliaque se trouve soulevée et vient faire saillie d'abord dans la cavité intestinale, ensuite dans l'orifice anal et enfin au dehors.

Il se forme ainsi un véritable sac renfermant une ou plusieurs anses intestinales qui se prolagent à travers l'orifice anal.

Progressivement ce sac augmente de volume et finalement il entraîne à sa suite les parties voisines de l'S iliaque.

Lorsque l'intestin a été complètement sectionné, le prolapsus peut se produire par mécanisme analogue ; seulement, au lieu de parois intestinales c'est l'éperon résultant de l'accrolement des deux bouts de l'intestin qui se laisse soulever et vient le premier faire saillie au dehors.

Cette variété de prolapsus est moins fréquente que la précédente, elle s'en distingue par ce fait, qu'elle peut se produire très brusquement et qu'on la rencontre parfois chez des sujets bien musclés dont l'anus artificiel est assez étroit et limité par des parois solides. Il s'agit alors dans ce cas d'un véritable prolapsus de force, susceptible de s'étrangler dès sa production, comme nous le verrons en étudiant les complications.

Lorsque l'anus siège sur le cœcum, le processus de l'invagination est notablement différent. Sous l'influence des efforts, il se produit une invagination de l'intestin grêle qui force la valvule iléo-cœcale et vient se retourner en doigt de gant à l'intérieur de la cavité du cœcum. Le boudin ainsi formé grossit progressivement, arrive jusqu'à l'orifice de l'anus et finit par se prolaber au dehors ; puis secondairement il entraîne à sa suite le cœcum ainsi qu'une étendue plus ou moins considérable du colon descendant. Comme dans le cas précédent ce prolapsus par invagination se produit souvent chez les sujets jeunes, d'une façon souvent brusque et fréquemment se complique d'étranglement et d'occlusion intestinale.

CHAPITRE III.

SYMPTOMES

Les symptômes sont assez variables suivant la variété du prolapsus.

I. Prolapsus muqueux. — Apparaît au début sous la forme de repli rougeâtre, se montrant aux moments des efforts de la défécation, se réduisant spontanément et pouvant passer inaperçu pendant un certain temps. Plus tard ce repli augmente de volume progressivement et arrive à former un véritable bourrelet circulaire de trois à quatre cent. de long, de belle couleur rouge vif et recouvert de muquosité plus ou moins visqueuse.

La muqueuse qui forme ce bourrelet présente toujours une série de replis irréguliers, séparés par des sillons plus ou moins profonds, elle se continue sans interruption aucune avec la peau qui limite le pourtour de l'orifice anal. Au centre du bourrelet, on trouve un orifice presque toujours étroit, irrégulièrement froncé, à travers lequel le doigt peut pénétrer dans la cavité intestinale.

Rarement le prolapsus muqueux prend des dimensions trop considérables ; cependant le professeur Jeannel in thèse de Géraud (1902), a publié l'observation suivante :

Homme de cinquante ans atteint d'une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, traitée à plusieurs reprises par l'incision, puis par une attaque directe par la voie sacrée (Procédé à double volet du professeur Jeannel).

Pour permettre la cicatrisation de la plaie, on fait un anus iliaque par le procédé de Maydl-Reclus le 11 novembre 1892.

Au bout de quelques mois, il se fait une procidence de 11 cent. de muqueuse. Croyant à un prolapsus, M. Jeannel essaye de pratiquer une colopexie qui ne donne aucun résultat. On pratique alors dans la même séance opératoire, la résection de la muqueuse éversée. Guérison définitive.

Dans ces cas le prolapsus muqueux peut devenir une infirmité assez

gênante, parce que la muqueuse exposée à des frottements presque continuels s'irrite, s'enflamme et peut devenir le siège d'une ulcération qui supure.

II Prolapsus de la totalité de l'intestin. — Ce prolapsus présente un aspect assez variable, suivant le point de l'intestin où a été établi l'anus contre nature, suivant aussi que l'intestin a ou n'a pas été complètement sectionné lors de l'établissement de cet anus contre nature.

Dans la description suivante, nous aurons surtout en vue le prolapsus de l'anus artificiel établi sur l'S iliaque. Dans ce cas, comme nous l'avons vu plus haut, le prolapsus peut porter sur un seul bout de l'intestin ou sur les deux bouts.

Le prolapsus d'un seul des bouts succède presque toujours à un prolapsus muqueux ; il se montre sous forme d'un boudin rougeâtre, tapissé sur toute son étendue par la muqueuse intestinale, toujours très irrégulièrement plissée. A la périphérie, cette muqueuse se continue avec la peau qui limite l'anus sans en être séparée par aucun sillon. En un point de cette périphérie on aperçoit un trou qui correspond à l'orifice du bout non prolabé. Au centre du boudin on aperçoit un autre orifice par lequel sortent les matières, si le prolapsus s'est fait aux dépens du bout supérieur, comme c'est le cas le plus fréquent. Au contraire, dans les cas rares où le prolapsus s'est fait aux dépens du bout inférieur, c'est l'orifice périphérique qui donne issue aux matières.

En introduisant le doigt dans l'orifice central, on arrive dans l'intérieur de la cavité intestinale et en palpant avec deux doigts, l'un à l'intérieur, l'autre à l'extérieur du boudin, on sent facilement que le prolapsus est formé de deux cylindres ou deux gaines adossées qui peuvent glisser l'une sur l'autre. Pendant longtemps, le prolapsus reste réductible ; ce n'est que plus tard, par suite d'œdème et d'adhérences qu'il devient irréductible.

Au début la muqueuse qui tapisse le prolapsus présente une coloration rose ou rouge vif ; plus tard par suite de troubles de la circulation et de congestion passive ; elle présente une teinte rouge sombre ou même violacée, indiquant la congestion sanguine. La surface de cette muqueuse d'abord irrégulièrement plissée, devient plus tard lisse par suite de l'œdème et de la congestion, et présente souvent par places de petites élevures dues à la formation de kystes d'origine glandulaire.

Quand le prolapsus est ancien, la muqueuse présente un aspect tomenteux, souvent même de petites ulcérations saignantes.

Lorsqu'il y a prolapsus des deux bouts de l'intestin, l'aspect varie suivant que l'intestin a été ou non complètement sectionné au moment de l'établissement de l'anüs.

Lorsque l'intestin a été complètement sectionné les deux bouts se prolagent séparément, en formant deux cylindres ou boudins, qui accolés au niveau de l'anüs sortent en divergeant à la façon d'un Y.

Chacun de ces deux boudins présente un aspect très analogue à celui que forme le prolapsus d'un seul bout de l'intestin. A la base, la muqueuse qui tapisse ces deux boudins se continue avec la peau qui circonscrit l'anüs, sauf vers la partie médiane où les muqueuses des deux bouts s'accolent pour former l'éperon de l'anüs. Chacun des deux cylindres présente à son extrémité libre un orifice par lequel le doigt peut pénétrer dans la cavité de l'intestin ; cet orifice n'est presque jamais situé directement en avant, mais presque toujours dévié en haut pour le bout supérieur, en bas, pour le bout inférieur, quelquefois les deux boudins présentent la même longueur, mais d'ordinaire le prolapsus du bout supérieur est plus long. La palpation montre comme dans le cas précédent que chacun des bouts est formé de deux cylindres intestinaux qui peuvent glisser l'un sur l'autre.

Il n'est pas rare de voir les deux bouts de l'intestin se recourber peu à peu du côté de l'abdomen par suite de la traction du mésentère. On peut en outre observer, pendant le développement du prolapsus, un mouvement de torsion de 180° autour d'un axe perpendiculaire à la paroi abdominale et passant par le centre de l'anüs contre nature. Ce mouvement terminé, l'orifice intestinal, primitivement dirigé en haut, se porte en bas et inversement.

Ce mouvement de rotation est probablement commandé par une inégale traction sur les deux bouts.

Pendant un certain temps ce double prolapsus reste réductible puis par suite d'irritation, d'inflammation et d'adhérence, les deux cylindres cessent de glisser l'un sur l'autre et le prolapsus devient plus ou moins irréductible.

Plus tard la disposition que nous venons de signaler se trouve notablement modifiée si l'éperon qui sépare les deux bouts participe à son tour au prolapsus.

Dans ce cas alors le prolapsus se montre sous forme d'une masse rougeâtre, irrégulièrement arrondie, légèrement déprimée à sa partie centrale, présentant deux orifices à sa périphérie par où le doigt peut pénétrer dans la cavité intestinale.

La percussion montre presque toujours à la partie moyenne du prolapsus une zone de sonorité due à la présence d'anses grêles qui viennent à ce niveau presser contre l'éperon prolabé.

Au début, ce prolapsus peut encore se réduire ; sa réduction s'accompagne de gargouillements analogues à ceux qu'on observe lors de la réduction de la hernie à contenu intestinal. Plus tard, le prolapsus par suite d'inflammation et d'adhérences devient irréductible. L'aspect est notablement différent, tout au moins au début, quand il s'agit d'un anus dont l'intestin a été incomplètement sectionné et que le prolapsus débute justement par le soulèvement de la portion de l'intestin qui n'a pas été sectionné.

Dans ce cas, le prolapsus apparaît comme un champignon rougeâtre, avec une sorte de pédicule qui s'enfonce dans l'orifice de l'anus artificiel ; au-dessus et au-dessous de ce pédicule on aperçoit les orifices des bouts supérieurs et inférieurs de l'intestin, limités par un bourrelet muqueux plus ou moins saillant.

La percussion montre toujours une zone de sonorité due à la présence d'anses intestinales dans l'espèce de sac herniaire ainsi formé.

La réduction de ce sac s'accompagne presque toujours de gargouillements dus à la présence d'anses intestinales.

A un degré plus avancé, le prolapsus entraîne avec lui les deux bouts de l'intestin. Dès lors, on a une issue des deux bouts de l'intestin dont la paroi qui regarde l'abdomen appartient au bord libre retourné de l'intestin normalement placé, et la paroi qui regarde l'intérieur répond à l'ancien bord adhérent de l'intestin. Les deux segments sont réunis par la paroi de l'intestin, laissée intacte par l'opérateur ou la gangrène de l'intestin et qui formait éperon.

Nous ne saurions mieux comparer cette disposition qu'à celle qu'on obtient quand on retourne deux doigts de gant voisins. La portion de peau qui fait la commissure entre les deux représente la paroi d'intestin restée intacte après l'établissement de l'anus contre nature ; l'orifice de la paroi abdominale peut être figurée par la manchette du gant serrée autour des deux doigts retournés. Ceux-ci prennent

d'ailleurs très-facilement une direction telle que leur axe devient commun, comme dans l'éversion de l'intestin précédemment décrite.

On comprend facilement qu'un pareil prolapsus ne puisse être observé quand l'intestin a été sectionné sur toute sa circonférence et que chaque bout a été fixé à la paroi. Les caractères du prolapsus tels que nous venons de les décrire, sont assez profondément modifiés lorsqu'il s'agit d'anus établis sur le cœcum.

Dans ce cas nous avons vu en étudiant l'anatomie Pathologique qu'on peut observer des variétés : de prolapsus muqueux, de prolapsus total du cœcum et de prolapsus par invagination iléo-cœcale.

Le prolapsus muqueux ne présente aucune particularité, il est absolument analogue à celui qu'on observe au niveau de l'S iliaque lorsqu'un seul des bouts participe au prolapsus.

Le prolapsus total présente cette particularité que, sur le boudin prolabé on peut apercevoir à la base la valvule iléo-cœcale et l'orifice de l'appendice. Ces deux caractères étaient très nets chez le malade de Démoulin dont nous avons parlé plus haut.

En cas d'invagination iléo-cœcale, le prolapsus se montre sous forme de boudin rougeâtre faisant saillie par l'orifice de l'anus artificiel, mais complètement séparé des bords de cet orifice par un profond sillon au niveau duquel le doigt peut pénétrer dans la cavité cœcale, en faisant librement le tour du boudin invaginé. Au centre de ce boudin, on trouve un orifice par lequel le doigt peut pénétrer dans la cavité de l'intestin grêle. A la base on retrouve presque toujours les traces de la valvule iléo-cœcale, sous forme d'une saillie circulaire plus ou moins prononcée.

La palpation montre que le cylindre prolabé est formé de deux gaines glissant l'une sur l'autre complètement indépendantes de la cavité cœcale. Dans les quelques cas observés, l'invagination était presque complètement irréductible dès son apparition.

Le prolapsus de l'intestin grêle ne présente que très peu de particularité ; les boudins invaginés sont seulement remarquables par leur calibre moins considérable, par contre, ils sont souvent très longs.

Témoin l'observation suivante de M. Walther in thèse de Géraud (Néoplasme du rectum). Opération le 5 août 1898 par M. Walther.

Incision oblique à 3 cent. de l'épine iliaque gauche parallèle à la direction de l'arcade crurale, d'une longueur de 8 cent. On dissèque un lambeau cutané en

forme de tenon comme dans le précédé d'Andry ; mais l'incision des plans sous jacents est rectiligne. On attire l'S iliaque, on perfore son méso en évitant les vaisseaux et le bord de l'intestin. On fait passer le lambeau cutané dans cette ouverture et on le suture à l'autre lèvre par trois points au catgut. Pansement.

Le lendemain la malade va bien, le 9 août on ouvre l'intestin au thermo-cautère après cocaïnisation de sa surface libre. Le 11, l'anus commence à fonctionner normalement. Le 17, à cinq heures du matin, la malade se lève et fait quelques pas seulement. En faisant un effort pour remonter dans son lit, elle sent une vive douleur dans la région opérée et son bandage la fait souffrir. Vers dix heures on défait le pansement et on trouve 60 cent. d'intestin grêle hors du ventre. L'issue de l'intestin s'est faite entre la lèvre supérieure de la plaie et l'intestin.

Opération immédiate. — M. Walther isole l'anus avec des compresses stérilisées, nettoie l'intestin souillé de matières avec une solution de sublimé au 1/1000, le réduit dans le ventre et glisse derrière lui un Mickulicz peu volumineux. Une injection d'un demi-litre de sérum est faite immédiatement.

Température 38° 5 le soir 37° 6 le lendemain.

La malade guérit sans complications.

A la surface du prolapsus on peut souvent distinguer des valvules ; la tumeur est presque toujours molle, dépressible et facilement réductible tout au moins au début.

Symptômes fonctionnels. — L'évacuation des matières se fait facilement quand il n'y a pas de complications ; et l'anus situé à l'extrémité ou à la base du boudin, fonctionne comme l'anus contre nature primitif. De temps en temps spontanément, ou sous l'influence d'un lavage froid, l'éversion de l'intestin est le siège de mouvements vermiculaires allant de la profondeur vers l'extérieur.

Chez les malades d'Obinus, de Desault, de Le Cat et de A. Gosset, quelques gouttes d'eau froide ou le simple contact du doigt suffisaient à le produire et à faire rétracter la tumeur.

Dans l'observation de M. Demoulin (page 12), chez une malade atteinte d'anus cœcal par lequel se faisait une éversion du cœcum, et un prolapsus de la valvule iléo-cœcale, Géraud a pu prendre sur le fait le fonctionnement de cet organe. Toutes les vingt ou trente minutes, on voyait l'orifice valvulaire s'entr'ouvrir comme le fait l'orifice vésicale de l'urètre et chasser au dehors une certaine quantité de matières liquides.

Bien que la gêne causée par le prolapsus de l'intestin soit parfois très peu marquée, il est des cas où il est très difficilement supporté. S'excoriant au contact des linges de pansement et s'enflammant, il devient très douloureux.

Le contact des objets de pansement est en général assez nocif et

les malades préfèrent y substituer des appareils de fortune, tels que des pots en grès dont l'intérieur verni est moins irritant pour la muqueuse, tel était le cas du malade de Desault qui fit à pied le trajet de Moulins à Paris avec son énorme prolapsus intestinal placé dans un pot de terre attaché à sa ceinture.

La douleur spontanée est due à l'inflammation des tuniques intestinales ou à un commencement d'étranglement de l'intestin.

La douleur provoquée est fréquemment signalée (Sabatier) et apparaît quand on veut tenter de réduire l'éversion ou qu'on lui imprime des mouvements de latéralité. Elle siège au niveau du pédicule.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS

Le prolapsus de l'anús contre nature peut présenter un certain nombre de complications intéressantes pour le chirurgien ; elles constituent, d'ailleurs, l'importance et la gravité de l'affection.

I. Dans un certain nombre de cas, **LA SIMPLE AUGMENTATION DE VOLUME DU PROLAPSUS** peut constituer une complication des plus gênantes.

L'observation de Fabrice de Hilden (centurie première, observation 74^e) in thèse de Gérault nous présente un jeune homme de vingt ans qui portait un peu au-dessus de l'aîne droite une volumineuse tumeur longue de 12 à 13 pouces, et grosse comme l'avant-bras au-dessus du poignet. Cette tumeur sortait d'une ouverture au ventre, et y était fortement attachée par sa base ; sa couleur était rougeâtre elle était couverte d'une humeur visqueuse et blanche ; on y voyait un grand nombre de tubercules de consistance médiocre ; elle était composée de deux portions dont la supérieure, beaucoup plus petite, s'élevait au-dessus de l'ouverture qui leur donnait naissance ; cette portion ne paraissait séparée de l'autre par aucun interstice, mais elle présentait beaucoup plus de résistance ; il n'en sortait point d'excréments et elle restait toujours hors du ventre, au lieu que la partie inférieure pouvait y être facilement remise en appuyant avec le pouce sur son extrémité.

Quelquefois la portion inférieure de la tumeur se retirait d'elle-même, puis elle reparaisait de nouveau ; il en sortait des matières liquides, gluantes, écumeuses et de couleur jaune. Le malade assurait qu'il ne rendait point de matières par le siège mais qu'elles passaient

en entier par l'ouverture de la partie inférieure de la tumeur. Il disait n'y sentir aucune douleur à moins qu'il ne fût exposé au froid, ou qu'il ne dût rendre des matières endurcies.

Cette double tumeur s'était formée à la suite d'une chute que le malade avait fait deux ans auparavant sur un pieu qui avait percé les téguments et les muscles du ventre, et qui, après avoir ouvert le péritoine, avaient pénétré dans la cavité de l'abdomen.

Les intestins sortirent en assez grande quantité pour faire une *masse du volume de la tête*.

On fut obligé d'agrandir la plaie pour les réduire, mais il ne fut pas possible de les contenir. Les matières fécales commencèrent dès lors à sortir de l'ouverture d'un des intestins, sans que rien n'ait été capable de l'empêcher.

Fabrice, frappé d'étonnement, engagea le malade à venir chez lui, où plusieurs personnes se trouvèrent pour pouvoir l'examiner avec plus de facilité.

Ce fut à Peterlingen, en Suisse, et vers la fin de l'année 1604 qu'il fit cette observation. Deux ans après il y retrouva le blessé dont l'état n'était point changé.

II. IRRÉDUCTIBILITÉ. — L'irréductibilité de l'éversion intestinale s'observe au bout d'un temps très variable. Elle est due : 1^o à la stase veineuse causée par la constriction de l'anneau, stase qui amène de l'œdème des tuniques prolabées se traduisant par leur hypertrophie ;

2^o Aux adhérences que l'inflammation provoque entre les tuniques séreuses adossées. Il résulte de cet état que l'intestin prolabé ne peut plus être réduit dans l'abdomen arrivé à ce degré, le prolapsus constitue une infirmité des plus pénibles.

La muqueuse exposée à des frottements continuels, s'irrite et s'enflamme ; à sa surface, se fit un suintement abondant, puis des ulcérations se forment qui s'infectent et suppurent ; chaque selle provoque des douleurs très vives et s'accompagne souvent d'hémorragies plus ou moins considérables.

Si le malade n'est pas l'objet de soins de propreté rigoureux, les ulcérations s'étendant rapidement, gagnent les couches profondes de l'intestin et peuvent même perforer complètement la paroi, entraînant ainsi des complications extrêmement graves, pouvant aboutir

tir à une péritonite mortelle comme dans l'observation suivante due à M. le professeur Quenu (in thèse Géraud) :

(P. Virginie) 45 ans, entrée le 31 janvier 1901, salle Richet.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort de maladie inconnue, mère bien portante.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas de maladies dans l'enfance ; fut réglée à 14 ans et toujours régulièrement depuis. N'a pas eu d'enfants ni de fausses couches. Elle a eu autrefois des éruptions cutanées améliorées par le traitement ioduré.

Début et histoire de l'affection actuelle.

Il y a cinq ans, la malade fut atteinte de diarrhée sans cause apparente. Les selles étaient accompagnées et suivies d'écoulement sanguin et de douleurs profondes.

Peu à peu les matières passèrent plus difficilement, bien qu'elles conservassent leur fluidité. Dans l'intervalle des selles des écoulements glaireux et sanguinolents se faisaient par l'anus. Un médecin consulté porta le diagnostic d'hémorroides, et prescrivit des suppositoires. Ce traitement employé pendant trois ans n'amenant aucune amélioration, la malade se rendit à l'hôpital Saint-Louis où on lui conseilla d'aller à l'hôpital Cochin se faire opérer.

En août 1900, la malade, après consultation, refuse de rester à l'hôpital (interne M. Petit).

Elle revient en janvier 1901, décidée à subir une opération pour remédier à l'écoulement anal et combattre les douleurs de plus en plus intolérables de la région anale, irradiées aux lombes et aux cuisses.

ÉTAT ACTUEL. — A l'examen de l'anus on remarque que cet orifice présente des fissures multiples ; le toucher rectal est douloureux et permet de sentir à six cent. au-dessus de l'orifice anal une induration circulaire, des tractus fibreux indolores et rétrécissant le canal rectal. La paroi du rectum n'adhère pas aux organes voisins : opinion confirmée par le toucher vaginal. De l'interrogatoire de la malade, de la connaissance des antécédents pathologiques, il résulte qu'il s'agit d'un rétrécissement syphilitique du rectum. On conclut d'après les symptômes, que l'indication opératoire est d'établir un anus iliaque.

OPÉRATION. Le 9 mars 1901. — On établit un anus artificiel en deux temps dans la fosse iliaque gauche. L'évacuation des matières se fait normalement. Bientôt après la malade s'aperçoit que la muqueuse intestinale fait saillie au dehors.

Ce prolapsus se produit deux fois, le 25 et 30 mars ; il est réduit chaque fois. La malade sort le 26 avril 1901 sans avoir présenté de nouveau le prolapsus. Elle rentre le 29 avril au soir avec une invagination considérable qu'elle tient dans ses mains, et dont la muqueuse est rouge sombre, escoriée et sphacélée par places jusqu'à la perforation. Elle raconte, qu'ayant été atteinte à nouveau de prolapsus, elle aurait voulu réduire elle-même l'intestin et qu'une rupture des adhérences à la paroi permit l'issue de tout cet énorme prolapsus. Le pouls est à 120, la température à 36° 2. Il existe des vomissements porracés ; le facies est péritonéal, la malade en état de collapsus. Malgré les pansements aseptiques, les piqures de caféine, d'éther et les injections de sérum la malade meurt à deux heures de l'après-midi le lendemain 30 avril.

III. ÉTRANGLEMENT. — L'étranglement constitue la complication la plus importante et la plus grave du prolapsus. Tantôt il apparaît lentement et progressivement au niveau d'un anus largement béant,

à travers lequel l'intestin est prolabé depuis longtemps. Plus souvent l'étranglement apparaît brusquement à la suite d'un violent effort, chassant une partie plus considérable de l'intestin à travers l'orifice de l'anus anormal ; il s'agit alors, presque toujours, d'un petit anus limité par une paroi musculaire et aponévrotique résistante, constituant un véritable sphincter. Les anus pour l'établissement desquels on a pratiqué non la section, mais la dissociation des fibres musculaires, paraissent particulièrement exposés à cette complication.

Dans ces conditions, à la suite d'un effort, il se produit l'issue au dehors d'un segment d'intestin plus considérable. Par suite de la pression exercée sur les veines de l'intestin par les parois de l'anus, il se produit une stase veineuse avec congestion passive et œdème progressif du cylindre prolabé.

Plus ce cylindre s'épaissit et s'œdématie, plus la compression exercée à la base par les bords de l'orifice devient considérable, et plus par conséquent les troubles vasculaires deviennent importants. A cet élément purement mécanique s'ajoute rapidement un élément infectieux. Les agents d'infection, qui pullulent toujours au niveau d'un anus pénètrent facilement à travers une muqueuse enflammée dont l'épithélium est détruit par places. Ces lésions se traduisent par deux ordres de symptômes des phénomènes locaux dus aux altérations du cylindre prolabé et des phénomènes généraux.

Localement le cylindre prolabé présente d'abord un aspect rouge et congestionné, semblable à la muqueuse du prépuce d'un ancien paraphymosis sectionné (Cory). Bientôt sa surface devient violacée et se couvre par places de plaques grisâtres de gangrène qui peuvent s'éliminer en créant des pertes de substance plus ou moins larges.

En même temps, par suite de la congestion et de l'œdème, la cavité du prolapsus se trouve complètement effacée, d'où un arrêt des matières et des gaz pouvant aller jusqu'à l'obstruction intestinale complète avec toutes ses conséquences.

La mort survient si l'on n'intervient pas rapidement.

IV. OCCLUSION INTESTINALE. — Indépendamment de l'étranglement du prolapsus, on peut observer des accidents d'occlusion dus à l'étranglement d'une anse intestinale contenue dans l'espèce de sac herniaire formé par la paroi interne du prolapsus. C'est là une complication rare, mais extrêmement intéressante dont nous avons pu réunir

trois observations que nous signalons immédiatement en raison de leur intérêt.

Observation du professeur agrégé A. Gosset :

M. X..., docteur en médecine, a éprouvé en 1874 une forte contusion de la région pelvienne (éclat d'obus) accompagnée d'une petite plaie contuse de la face interne et supérieure de la cuisse gauche située à cinq cent. de la marge de l'anus. Cette petite plaie suppura quatre ou cinq mois et laissa une nodosité à sa suite.

En 1880, le malade s'aperçut de l'existence d'une petite grosseur du volume d'un pois dans le voisinage de la cicatrice. A cette même époque apparaissent des symptômes d'infection syphilitique (roséole), dont le malade fait remonter l'origine à un contagé du conduit auditif par un médecin auriste.

5 ou 6 mois plus tard, la petite tumeur périnéale supura et il se développa autour des végétations syphilitiques qui disparurent après deux mois de traitement spécifique.

En 1885 des gommès multiples du scrotum se développèrent, puis guérirent sous l'influence du même traitement. Pendant 5 ou 6 ans, le malade suivit un traitement ioduré, deux mois par an.

En 1893, à la suite d'une exploration du rectum au speculum et de l'introduction d'un stylet par l'orifice de la tumeur de la marge de l'anus qui fit constater l'existence d'une fistule, alors qualifiée de borgne externe ; des douleurs très vives se firent sentir dans la région pelvienne et, peu de temps après, le malade commença à rendre du pus, mélangé aux selles d'abord, puis en dehors de toute expulsion de matières fécales. Un traitement ioduré repris à ce moment diminue beaucoup l'écoulement purulent.

En 1894 de nouveaux petits accès très douloureux se forment dans la région périnéale ; ils s'ouvrent et laissent à leur place une série de petits orifices formant crible.

Vers 1895, M. X... remarqua que de temps en temps il y avait coïncidence entre une diminution de la suppuration fistulaire et l'apparition de malaises généraux avec établissement d'une atteinte ictérique très légère de la face et des sclérotiques. Puis il eut des poussées fébriles de temps en temps ; en même temps s'établissait un état de constipation tout à fait nouveau, M. X..., ayant eu jusqu'alors des fonctions intestinales extrêmement régulières et faciles.

Enfin, en 1896, le malade note qu'il rend des matières fécales aplaties en forme de ruban. Chaque année jusqu'en 1900 l'aplatissement se fait plus marqué, le ruban plus mince et son expulsion plus difficile d'abord est peu à peu très douloureuse. On attribue ce fait (sans procéder à un examen du rectum) à l'existence d'hémorroïdes internes.

Mais, vers mars 1900, l'état général s'aggrave. Le malade qui, jusque-là, avait été une fourchette solide, prend le dégoût des aliments ; obèse (il pesait 102 kilos en janvier 1900) il commence à maigrir. Le teint fréquemment terreux ne s'éclaircit plus qu'à la suite de quelque débâcle intestinale qui se produit de temps en temps spontanément, mais qu'il faut provoquer cependant le plus souvent par l'usage d'un purgatif. Rapidement les purgatifs drastiques deviennent nécessaires.

En fin octobre 1900, le malade est à bout de forces et s'alite.

Il existe un certain état infectieux qui se manifeste par un peu de fièvre à exacerbation vespérale. Pendant la nuit M. X. souffre d'une pneumatose abdominale énorme, il a des tendances à la syncope et expulse une quantité considérable de pus par le rectum.

Dans les premiers jours de novembre 1900, M. A. Gosset fut appelé et examina M. X... Il remarqua sur le pourtour de l'anus l'existence de trois fistules, deux à droite, une à gauche. Les deux fistules de droite étaient borgnes exter-

nes, siégeaient à deux cent. de l'anús et étaient profondes de deux cent. Celle de gauche était située à quatre cent. de l'anús ; le stylet qu'on y introduisait remontait en dehors du sphincter et restait toujours séparée de la lumière du rectum par une grande épaisseur de tissus. Elle était complète, car les lavages rectaux sortaient par l'orifice cutané. L'anús était indemne de toute lésion.

Au toucher on se rendait compte que le sphincter était normal ; mais à deux phalanges au-dessus, on arrivait sur un rétrécissement circulaire très dur, englobant la muqueuse et constitué par une virole faisant corps avec toute la paroi rectale. En cherchant à franchir le rétrécissement, on sentait qu'on s'engageait dans un conduit très rétréci, et, en enfonçant profondément le doigt, on arrivait, en causant de vives douleurs, à franchir le point rétréci. Au-dessus, on constatait que le rectum n'était pas normal, mais tapissé de masses palpiformes irrégulières et pas très dures. . .

Par la palpation de l'abdomen, on découvrait l'existence d'une ascite assez abondante remontant jusqu'à l'ombilic, mais cette ascite et le ballonnement empêchaient de rien sentir par le rectal et le toucher rectal combinés.

La rate était normale et le foie abaissé et douloureux.

Il se produisait une supuration très fétide, continue, avec des exacerbations sous forme de décharge purulente par les fistules alternant d'ailleurs avec des pertes de sang.

La défécation était très gênée et les matières de forme rubanée. Par moments survenait un ballonnement effrayant du ventre. La fièvre était constante.

En présence de ces symptômes et de ces antécédents, M. Gosset fait le diagnostic de rétrécissement syphilitique du rectum et décide d'établir un anus contre nature dans la fosse iliaque gauche.

OPÉRATIONS. — En janvier 1901, M. Gosset établit un anus contre nature par le procédé de Maydl avec l'aide de M. Bernard et de M. Boureau, chloroformisateur.

Incision dans la fosse iliaque gauche parallèle à l'arcade crurale à dix cent. de longueur et située à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dissociation des fibres musculaires du grand oblique, du petit oblique et du transverse dont les fibres sont confiées à des écarteurs. L'ouverture du péritoine faite il s'écoule environ trois litres de liquide ascétique citrin. Par l'incision on examine l'intérieur de la cavité abdominale et l'on voit que la cœreuse a un aspect lavé, mais ne présente pas de noyau cancéreux. La main introduite dans l'abdomen arrive très facilement sur une anse intestinale adhérente à la fosse iliaque : c'est l'S iliaque qui est très hypertrophiée (hypertrophie fonctionnelle). Ce segment intestinal est repéré ; puis on fait une exploration manuelle de la cavité intestinale. Dans le petit bassin, au niveau du cul de sac de Douglas, on sent le rectum induré donnant la sensation de carton. L'S iliaque est alors ramenée au dehors, son méso est transfixé, et par l'orifice ainsi établi on passe une mèche de gaze qui forme chevalet. On rétrécit la fente péritonéale, puis à cause de l'ascite, on fait des sutures à points séparés à la soie fine unissant les parois de l'intestin à la cœreuse, puis au grand oblique. Sutures de la peau au grain de Florence. Pansement aseptique. Durée de l'opération : dix minutes.

SUITES OPÉRATOIRES. — Le deuxième jour après l'opération le malade qui n'avait rendu aucun gaz fut atteint d'un météorisme énorme qui obligea à relâcher le bandage. Il existait aussi de la dyspnée et du hoquet. Le soir, M. Gosset fait une ponction de l'anse intestinale avec le thermo-cauter. Après une période de parésie intestinale de cinq heures, au milieu d'un état général assez mauvais (pouls 120, température 39°) et grâce à un massage abdominal, quelques gaz sortent par l'orifice anormal. On administre ensuite du sulfate de soude à petite doses et des éruptions de matières fécales se produisent. Une notable amélioration survient les jours suivants et le malade se lève le treizième jour.

Vers le dix-huitième jour après l'opération, à l'occasion de la descente d'un escalier que le malade fait sans être suffisamment bandé, il se produit un petit prolapsus de la muqueuse du bout supérieur de l'intestin. Ce prolapsus augmenta peu à peu à cause de l'habitude qu'avait le malade d'accomplir ses fonctions dans la position assise. Il atteignit bientôt trois cent. de longueur tout en restant aisément réductible.

M. X. reprit ses occupations le trente-septième jour.

Presque aussitôt il fut atteint de grippe au cours de laquelle la toux amena une augmentation du prolapsus, qui déjà se réduisit moins facilement. Lorsque les selles se faisaient dans la position horizontale le prolapsus sortait, mais se réduisait spontanément aussitôt après. Au bout de 14 jours, la grippe étant guérie le malade retourna à Paris, mais il survint tout à coup des accidents péritonéaux très graves, caractérisés par des douleurs vives dans tout l'abdomen de la constipation, du ballonnement, un plastron très accusé, un moul à 120 et une température peu élevée, 38,5 à 39°. Pendant la durée de cette complication la ceinture qui comprimait l'anus contre nature fut supprimée à cause des douleurs qu'elle provoquait, aussi, le prolapsus de l'intestin augmenta-t-il beaucoup.

A partir de ce moment M. X. ne se lève plus et le prolapsus qui rentrait autrefois en partie après la défécation cesse de rentrer, en même temps une ulcération se développe à sa partie supérieure.

Peu à peu le bout inférieur de l'intestin s'éverse également, il ne tarde pas en outre à se diriger en haut, croisant complètement le bout supérieur qui, lui, subit un mouvement en sens contraire. Ce phénomène de torsion se produisit brusquement sous le pansement, de telle sorte que le malade n'a pu se rendre compte de son mécanisme exact.

Le prolapsus était très sensible à la palpation, il suffisait de le toucher du doigt ou de le mouiller avec un peu d'eau froide pour le voir aussitôt présenter des mouvements vermiculaires très intenses.

En octobre 1901, un nouvel accident se produisit, ce fut une accumulation de matières dans le cœcum extrêmement dilaté qui donna lieu à des accidents d'obstruction. Ceux-ci disparurent après plusieurs purgations.

En janvier 1902 le malade se lève deux fois à huit jours d'intervalle, pendant une demi-heure la première fois et deux heures la seconde. Tout à coup dans la nuit du 27 au 28 janvier, il a une selle vers trois heures du matin, suivi d'un effort de défécation par l'anus naturel pour l'expulsion ordinaire du pus contenu dans le rectum, il fait un effort brusque pour changer lui-même l'alèze et éprouve au même moment des douleurs d'abord peu vives, puis peu après intolérables au point d'émergence du prolapsus, lequel commence à se distendre énormément et à prendre une couleur plus foncée.

M. Gosset appelé aussitôt examine le malade à neuf heures du matin.

Le prolapsus de l'intestin a beaucoup augmenté de volume et de longueur, il a environ vingt cent. de long sur cinq cent. de diamètre. Son aspect est celui d'un T branche verticale excessivement courte. Les deux bouts de l'intestin situés sur la même ligne droite représentent la branche horizontale du T ; elle est de plus percée à chacune de ses extrémités d'un orifice en cul de poule dont le supérieur répond au bout inférieur et l'inférieur au bout supérieur de l'intestin. La coloration de la tumeur est rouge vineux comme celle de l'aubergine dont elle a la fermeté et l'aspect luisant. Fait remarquable et fort important comme on le verra dans la suite, le ventre est souple partout. Il existe une douleur profonde et très nette au niveau de l'anus contre nature, douleur analogue à celle qui a pour siège le pédicule des hernies étranglées. Un arrêt complet des matières et des gaz ainsi que des vomissements indique qu'il y a obstruction intestinale, mais que celle-ci, vu l'absence de ballonnement, ne doit pas être produite par la sténose du gros intestin et semble plutôt être sous la dépendance d'une occlusion siégeant assez haut sur l'intestin grêle.

En présence de ces accidents alarmants, on juge qu'il faut intervenir le plus rapidement possible.

L'opération est faite à quatre heures du soir par M. Gosset avec l'aide de MM. Alglar et Déjardin, M. Boureau donne le chloroforme.

Après avoir asceptisé la région, la masse intestinale est entourée de compresses, puis on fait deux incisions curvilignes entourant à droite et à gauche le pédicule de la tumeur, c'est-à-dire l'ancien orifice de l'anus contre nature de façon à amener au dehors avec une colerette cutanée l'intestin adhérent. On ouvre le péritoine pariétal, on le repère avec des pinces à pression et on amène les anses intestinales adhérentes à la tumeur, hors du ventre.

On voit alors que quatre bouts d'intestin pénètrent dans la tumeur à travers l'orifice abdominale établi autrefois pour faire l'anus contre nature, deux appartiennent à l'intestin grêle et deux au gros intestin. On remarque que l'S iliaque est très long.

L'intestin grêle s'engage complètement dans un orifice siégeant au niveau de l'ancien éperon dans lequel il est si serré qu'aucune traction ne peut l'en retirer. Son bout inférieur est flasque, le supérieur est distendu par les gaz ; il appartient à une portion très élevée de l'intestin, ce qui explique le peu de volume du ballonnement du ventre. Les deux bouts du gros intestin ne sont nullement distendus ; le bout inférieur est notablement atrophié.

En présence de ces lésions on pouvait suivre deux méthodes :

1° Libérer l'intestin grêle pincé, en débridant les bords de l'orifice constricteur

2° Enlever toute la masse comme une tumeur et remettre les choses en état.

M. A. Gosset ne suit pas la première méthode parce qu'il suppose que l'intestin grêle peut être lésé, (il est étranglé depuis douze heures), que le sac peut contenir des liquides sceptiques et qu'il a hâte de se débarrasser du prolapsus infecté. Ce chirurgien coupe alors chacun des bouts de l'intestin entre deux pinces souples et enlève toute la masse.

Chacun des bouts supérieur et inférieur de l'intestin grêle est fermé par une double suture en surjet, puis les deux bouts sont anastomosés latéralement. L'ouverture qui les fait communiquer est large de trois doigts.

Les deux bouts vides, supérieur et inférieur du gros intestin rapprochés en canon de fusil, maintenus fermés par des pinces sont attirés hors du ventre. Deux étages de suture pariéto-péritonéal et pariéto-musculaire unissent leurs parois à celles de l'abdomen, puis la partie qui dépasse la peau est excisée et les lèvres en sont fixées à la peau.

Un pansement aseptique est appliqué.

SUITES OPÉRATOIRES.

Après l'opération le malade vomit beaucoup pendant quarante heures. La température reste normale, mais son pouls est à 100 environ. Il a une sensation d'anorexie intense. Pendant 24 heures la diète absolue est prescrite et on fait plusieurs injections sous-cutanées de sérum artificiel.

L'expulsion des gaz se fait quelques heures après l'opération et il y a défécation dans la nuit même.

Le troisième jour et les jours suivants le malade prend quelques cuillerées de café de champagne et d'eau. Le sixième jour il absorbe du bouillon froid, puis une alimentation progressive est instituée.

Le douzième jour il avait repris son alimentation ordinaire et les selles s'établissaient régulièrement grâce à l'usage journalier des pilules de cascarnine.

Depuis il existe une très petite tendance au prolapsus de l'intestin, mais que le malade évite en faisant sa défécation dans la position horizontale et qui se réduit d'ailleurs avec une extrême facilité.

7 mai 1902. — Le malade est dans un très bon état de santé et possède des facultés intellectuelles tout à fait remarquables accompagnées d'une jovialité qui

ne se dément en aucun moment. C'est avec une netteté très grande qu'il nous donne tous les renseignements que nous transcrivons.

Son anus contre nature fonctionne bien (2 à 3 selles par jour). L'orifice du bout inférieur est libre et permet de faire des lavages descendants du rectum et de la dilater avec des bougies. La suppuration anale a diminué des trois quarts.

La sangle abdominale a été très relâchée par l'ascite, aussi l'abdomen prend-il l'aspect du ventre à triple saillie de Malgaigne.

RÉFLEXIONS.

Dans l'avenir que pourrait-on faire à ce malade ?

Le parti le plus sage nous paraît être de continuer le traitement anti-syphilitique, de dilater progressivement le rétrécissement du rectum, puis quand celui-ci sera suffisamment perméable, de faire une laparotomie à la faveur de laquelle on pourra implanter la partie terminale de l'iléon sur l'S iliaque ou le colon pelvien entre l'anus contre nature et le rectum. Ainsi serait établie une exclusion des autres segments du gros intestin et l'anus contre nature s'oblitérerait peu à peu.

Si on voulait cependant bénéficier des fonctions des colons on pourrait encore faire une anastomose termino-terminale entre le segment supérieur et inférieur du gros intestin aboutissant à l'anus contre nature à quelque distance de cet orifice car, nous l'avons vu, il existe un colon pelvien suffisamment long pour que ce rapprochement soit possible. L'anus serait alors reséqué ou fermé ultérieurement par une suture.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

Elle a la forme d'un boudin de 20 cent. de longueur sur 5 cent. de diamètres le diamètre un peu incurvé du côté qui répondait à l'abdomen. Un pédicule très court se détache de son milieu et se fixe sur une petite clochette cutanée de forme allongée. Quatre bouts très courts d'intestin sortent de l'orifice percé dans le pédicule. Toute la surface du prolapsus est revêtue d'une muqueuse plissée transversalement et de couleur violacée.

A chacune des deux extrémités existe un orifice à bords plissés qui conduit dans le gros intestin.

Sur une coupe longitudinale on voit une première enveloppe formée par le gros intestin retourné, à l'intérieur de laquelle on reconnaît le gros intestin très réduit de volume et se continuant au niveau des orifices avec l'enveloppe extérieure. Les deux surfaces céréuses adossées sont parfaitement saines et délimitent du côté interne du prolapsus une petite cavité en communication avec la grande cavité péritonéale. C'est là qu'est venue se loger l'anse intestinale grêle.

Observation de M. K. Usteri, in *Deutsche Zeitschrift für chir*
1909. C. III. 1-3.

Dans Semaine médicale du 5 janvier 1910

La malade de M. Usteri était une femme de 74 ans, qui depuis 4 ans portait un anus contre nature cœcal, la cœcostomie avait été pratiquée pour de saccidents d'occlusion intestinale de cause mal déterminée. On avait d'abord incisé la fosse iliaque gauche, et l'on n'avait pas trouvé de tumeur, mais des adhérences multiples et résistantes qui bridaient l'anse sigmoïde et qui empêchaient de l'amener à la paroi. On prit alors le parti de faire un anus cœcal. Les suites de cette intervention furent excellentes et l'anus C. N. fonctionna sans incidents graves pendant 4 ans. Ce fut brusquement au cours d'une promenade, que la malade, d'ailleurs en état de constipation permanente, fut prise de douleurs vives dans le ventre ; elle vomit et s'aperçut non sans effroi, en retirant son bandage, qu'une grosse tumeur, d'un rouge noirâtre s'était produite au niveau de la fistule. On reconnut un volumineux prolapsus cœcal de 10 cent. de long de 5 à 6 cent. de large, qui proéminait de 5 cent. au-dessus de la paroi iliaque ; il présentait cette particularité, qu'on ne pouvait découvrir d'orifice conduisant dans l'un ou l'autre bout, et que la muqueuse intestinale semblait se continuer directement avec la peau au pourtour de l'orifice de sortie.

Toute réduction était impossible ; on intervint en pratiquant une incision circulaire, à un demi centimètre en dehors de l'anneau ; la paroi fort mince et le péritoine furent incisés, et l'on put alors se rendre compte de ce qui existait. C'était la paroi cœcale postérieure qui seule était refoulée au dehors ; elle figurait un véritable sac, et ce sac était occupé par une anse grêle, étranglée au niveau de l'orifice de l'anus artificiel. L'étranglement était complet, tout essai de rétraction des bouts grêles restait vain ; il fallut débrider l'anneau constitué par l'orifice de cœcostomie ; alors seulement on amena une anse de 12 cent., très congestionnée et qui présentait des traces nettes d'incarcération à ses deux extrémités. Une certaine quantité de liquide rougeâtre s'échappa en même temps. L'anse ne parut pas trop compromise on la réduisit. Ceci fait on procéda sans peine à la réduction de la paroi cœcale prolapsée : l'orifice de l'anus artificiel ne mesurait pas plus de 2 cent. et demi à 3 cent.

À ce moment l'on s'aperçut que la réduction n'avait pas été complète mais que les viscères avaient été refoulés dans un volumineux sac de hernie pariétale, dû au dédoublement progressif de la paroi, tout autour du trajet de cœcostomie. On procéda à une réparation partielle et rapide.

La mort survint 5 jours après, à l'autopsie on trouva sphacélée l'anse grêle qu'on avait cru pouvoir réduire ; il n'y avait pas de cancer, mais un rétrécissement fibreux du rectum à sa partie supérieure, une périrectite chronique ancienne et des adhérences scléreuses disséminées dans le petit bassin et autour du colon.

Ainsi donc le sac herniaire était formé de péritoine viscéral et représenté par une paroi d'intestin, par la paroi postérieure du cœcum. C'était donc à proprement parler une hédrocèle, une hédrocèle étranglée. Il convient de plus de noter ici que l'orifice de l'anus C. N. ne s'était point élargi et que l'accident s'était produit brusquement et sans préparation apparente.

Observation inédite due à M. le Dr Piquand :

Mme Françoise, âgée de 52 ans, atteinte d'un cancer du rectum, qui paraît inopérable. En raison des douleurs et de la grande gêne apportée au passage des matières, on décide de pratiquer un anus iliaque.

Opération, le 2 septembre 1913, par M. Piquand, avec l'aide de MM. Brunat et Desfemmes. Incision dans la fosse iliaque gauche, à deux travers de doigts en dedans de l'épine iliaque antéro supérieure. Dissociation des fibres musculaires du grand oblique, du petit oblique et du transverse, incision du péritoine ; la main introduite dans l'abdomen arrive immédiatement sur l'S iliaque qui est très aisément amenée au dehors, le meso colon est transfixé par une baguette de verre, puis on étend la fente péritonéale sans faire aucune suture fixant l'intestin. L'incision cutanée est suturée aux crins de Florence au-dessus et au-dessous. L'opération extrêmement simple a duré moins de 10 minutes.

Au bout de 48 heures on sectionne l'intestin au thermo-cautère. La section est incomplète, respectant environ le tiers de la circonférence de l'intestin. Très rapidement des gaz sortent par l'orifice, et à la suite d'une petite purgation il se fait une émission abondante de matières fécales.

Les suites opératoires sont extrêmement simples, sauf un peu de suppuration au niveau des crins cutanés. L'intestin qui faisait une assez forte saillie se rétracte peu à peu et au bout de trois semaines la guérison paraît complète.

Quatre mois après, en décembre 1913, la malade éprouve brusquement, une douleur très vive au moment d'un effort pour expulser des gaz, et constate immédiatement au niveau de l'anüs artificiel la présence d'une tumeur de couleur rougeâtre plus grosse que le poing. Les douleurs persistent très vives pendant le reste de la journée et pendant toute la nuit, et il ne passe plus par l'anüs ni matières, ni gaz.

Le lendemain matin, M. Piquand constate l'existence d'un volumineux prolapsus de l'S iliaque. Ce prolapsus un peu plus gros que le poing présente la forme d'une sorte de masse renflée à son extrémité, rétrécie au point où il rentre dans le ventre. Les deux orifices intestinaux siégeant l'un au-dessus de l'autre sont aisément reconnaissables, mais paraissent très aplatis ; si on veut y enfoncer le doigt on détermine une douleur vive et très rapidement on a la sensation d'être arrêté par un obstacle. L'ensemble de la masse prolabée présente une coloration rouge violacée très foncée, elle est très douloureuse à la pression et donne à la percussion une sonorité très nette. Le reste de l'abdomen est douloureux, et assez fortement distendu surtout à sa partie moyenne. Au voisinage de l'ombilic on voit plusieurs anses intestinales qui se dessinent sous la paroi.

En présence de ces symptômes, M. Piquand se rappelle une observation de M. Gosset, pense à l'étranglement d'une anse intestinale dans l'intérieur du prolapsus et décide de procéder immédiatement à une intervention qui est faite avec l'aide de M. Desfemmes.

Après avoir badigeonné toute la région à la teinture d'iode, l'intestin prolabé est recouvert de compresses aseptiques, puis tout autour de la masse on pratique une incision circulaire analogue à celle que l'on pratique pour une hernie ombilicale étranglée. On ouvre le péritoine pariétal et on attire toute la masse hors du ventre. On constate alors que l'S iliaque retourné au niveau de l'anüs, forme une sorte de sac dans lequel s'engage une anse d'intestin grêle. Cette anse est si fortement serrée qu'il est impossible de la sortir de ce sac. Son bout supérieur est distendu par des gaz, son bout inférieur complètement vide.

La disposition de l'intestin étant ainsi bien reconnue, M. Piquand, débride largement le sac herniaire en sectionnant l'S iliaque retourné, on peut alors dégager l'anse intestinale étranglée et constater qu'elle présente un aspect à peu près normal, à l'exception d'un sillon répondant au point où elle était serrée à son entrée dans le sac. Cette anse est soigneusement lavée à l'aide de serum chaud, puis réduite dans le ventre. On suture ensuite la section de l'S iliaque

en réséquant toute la portion retournée qui formait le prolapsus, ensuite les deux bouts sont fixés, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la plaie. Entre ces deux bouts on place un gros drain, puis on referme la partie moyenne de la plaie à l'aide de plusieurs fils séparés traversant toute l'épaisseur de la paroi.

À la suite de l'opération, la malade paraît assez fatiguée, on lui injecte 10 cm³ d'huile camphrée et 500 c. c. de sérum artificiel. Au bout de 15 heures il se produit une expulsion de gaz et de matières liquides. On commence alors à alimenter la malade au moyen de champagne coupé d'eau et de bouillon.

Le lendemain, nouvelle injection de sérum, au bout de 48 heures on donne quinze grammes de sulfate de soude, qui déterminent une évacuation très abondante de matières semi-liquides.

On commence alors à reprendre progressivement une alimentation normale. La température reste pendant une dizaine de jours entre 38° et 38°5 puis revient à la normale. Il s'établit une suppuration peu abondante, entre les deux bouts de l'anus, qui persiste pendant une quinzaine de jours.

La cicatrisation est complète au bout d'un mois.

La malade revue en mars 1914 (au bout de trois mois et demi) est complètement guérie. L'anus artificiel formé de deux orifices séparés par un intervalle de près de dix centimètres fonctionne normalement. Le bout inférieur est complètement réduit dans le ventre, le bout supérieur présente un léger prolapsus muqueux.

Six mois après nous avons appris que la malade avait succombé aux progrès de son cancer, sans avoir présenté de nouveaux accidents du côté de son anus artificiel.

Nous voyons ainsi que le prolapsus de l'anus contre nature est susceptible de se compliquer d'accidents extrêmement graves, d'occlusion intestinale, par suite de l'étranglement d'une anse de grêle dans le sac formé par la paroi interne de l'intestin. Il s'agit là en somme d'une véritable hernie étranglée dont l'apparition commande une intervention chirurgicale immédiate ; on ne peut guère, en effet, pas plus d'ailleurs que dans une autre hernie étranglée, escompter les chances d'une fistule stercorale spontanée. D'ailleurs, quand bien même cette fistule arriverait à se produire le pronostic n'en resterait pas moins grave, en raison des chances d'infection et de péritonite ; sans compter que si la fistule siégeait sur une anse grêle haut située, elle déterminerait certainement des accidents rapides de dénutrition en admettant que le malade eût la chance d'échapper aux accidents d'infection, de péritonite et de septicémie.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement du prolapsus peut se diviser en deux chapitres :

1^o Le traitement en quelque sorte préventif, consistant à établir l'anus chirurgical dans des conditions telles que le prolapsus ait peu de tendance à se produire.

2^o Le traitement proprement dit, du prolapsus une fois constitué.

I

Un grand nombre de procédés ont été conseillés pour l'établissement de l'anus contre nature, de façon à obtenir d'une part une continence aussi complète que possible et d'autre part de façon à s'opposer à l'éversion de l'intestin.

Le procédé de *Maydl-Reclus* consiste à attirer hors de la plaie abdominale l'anse intestinale choisie pour l'établissement de l'anus, de façon à ce qu'on aperçoive son mésentère, on pratique dans celui-ci, au niveau du sommet de l'anse, une petite déchirure longitudinale, à travers laquelle on fait passer une tige en gomme ou en verre qui s'oppose à la rentrée de l'intestin. Pour éviter la hernie de celui-ci et mieux assurer l'occlusion du péritoine, on place quelques points de suture unissant la séro-muscleuse de l'intestin aux lèvres de l'incision abdominale.

Dans un second temps, du cinquième au sixième jour, on incise l'intestin, parallèlement à l'axe du viscère, sur deux à trois cent. de longueur.

Ce procédé a évidemment l'avantage d'être extrêmement simple,

à la portée de n'importe quel chirurgien et d'impliquer au malade le minimum de traumatisme.

Mais comme nous l'avons vu en étudiant la pathogénie de l'affection, il prédispose beaucoup au prolapsus car, d'une part, il entraîne une large ouverture de l'abdomen avec section complète des muscles et des aponévroses, d'autre part il laisse toute l'amplitude de l'intestin et de son mésocolon. Enfin, il ne s'occupe en aucune façon de fixer solidement l'intestin à la paroi abdominale.

La plupart des chirurgiens qui ont modifié ce procédé, se sont surtout préoccupés d'augmenter la résistance de la paroi abdominale et par suite de renforcer l'appareil de soutien de l'anüs contre nature. Seul Jeannel dans son procédé de « colopexostomie » a conseillé de fixer sur une certaine longueur l'intestin à la paroi abdominale au-dessus de l'anüs contre nature, de façon à s'opposer jusqu'à un certain point au prolapsus.

Au lieu de fixer le colon, on pourrait évidemment comme dans la colopexie mésentérique, suturer à la paroi le méso colon pelvien, en ayant soin, évidemment, de ne pas comprendre les gros vaisseaux iléo-pelviens dans les sutures.

Le professeur Hartmann au lieu de s'adresser au moyen de suspension du colon, s'efforce à la fois d'empêcher le prolapsus et de prévenir l'incontinence de l'anüs en pratiquant non plus la section, mais la dissociation des fibres de la paroi comme dans le procédé de Mac Burnay dans l'appendicite. Cet auteur propose de diviser les muscles parallèlement à leurs fibres :

1^o Incision cutanée.

2^o Dissociation d'un coup de sonde canelée des fibres du grand oblique au niveau d'un interstice musculaire du grand oblique : pose de deux écarteurs.

3^o A l'aide de la sonde, séparation des faisceaux du petit oblique et du transverse qui sont orientés perpendiculairement au muscle précédent. Pose de deux écarteurs orientés perpendiculairement aux deux premiers.

4^o Incision transversale du fascia transversalis.

Dans le même but V. Hacker et Witzel ont conseillé de faire passer l'intestin à travers le muscle grand droit.

Pour éviter le prolapsus du bout inférieur, le procédé de Schitzinger consistant à faire une section complète de l'anse et à oblitérer le bout inférieur, présente certains avantages.

Ce procédé a été repris récemment par le professeur Quenu et le professeur agrégé Pierre Duval, non pas tant dans le but d'empêcher le prolapsus que dans celui de s'opposer au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur. Néanmoins, cette technique expose beaucoup moins au prolapsus que celle de Maydl-Reclus.

D'autres chirurgiens se sont efforcés d'éviter le prolapsus en faisant passer l'intestin à travers un os ou une aponévrose résistante, de façon à lui fournir un point d'appui plus solide ; tels sont les procédés de colotomie transiliaque de Glirch et d'anus iléo-crural de Braun.

Roux en faisant un anus Symphisien cherche d'une part à établir un anus aussi bas que possible et d'autre part à avoir un solide point d'appui osseux pour appliquer un appareil obturateur maintenant bien l'intestin.

Au lieu de déplacer le siège de l'anus, la plupart des chirurgiens se sont efforcés de retrécir le plus possible la plaie abdominale et de renforcer la résistance de la paroi en interposant un pont solide entre les deux bouts de l'intestin.

Tels sont les procédés d'Audry et de Jeannel, ou procédés du pont cutané.

On taille au moment de la section de la paroi abdominale, aux dépens de la lèvre supérieure de l'intestin, un lambeau quadrilatère large de 4 cent. environ, qui ne comprend que la peau et le trou cellulo-graisseux sous-cutané. C'est ce lambeau qui, conduit et achevé à l'ordinaire, sera ensuite insinué à travers la brèche faite au mésentère et suturé à la lèvre inférieure de la plaie.

L'anse intestinale est ainsi à cheval sur le pont formé par le lambeau. Il restera à réduire au minimum à l'aide d'une suture solide la longueur de la boutonnière qui livre passage à l'intestin.

Le professeur Reclus a perfectionné le procédé d'Audry et de Jeannel, d'abord en interposant entre les deux bouts de l'intestin un lambeau comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, ensuite en créant deux orifices complètement séparés l'un pour le bout supérieur, l'autre pour le bout inférieur. Nous extrayons des

cliniques du professeur Reclus, la description qu'il fait de son procédé opératoire :

« Parallèlement à l'arcade crurale et à deux travers de doigt au-dessus de cette arcade, une incision de sept à dix cent., suivant l'épaisseur des tissus, a été pratiquée ; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique ont été coupés, les fibres musculaires, en couches peu épaisses à ce niveau ont été écartées et enfin le péritoine a été ouvert. L'S iliaque a été reconnue à ses franges épiploïques, à ses bandelettes longitudinales et à ses bosselures ; l'anse a été saisie et tirée au dehors, l'index et le pouce de chaque main ont saisi le point culminant de cette anse et refoulé, vers la partie supérieure et la partie inférieure de l'intestin les matières qui pouvaient y être contenues ; une aiguille mousse a traversé en deux points et environ à deux cent. de distance le mésocolon, juste à son insertion sur l'S iliaque et a servi à placer deux catguts qu'on a serrés juste assez pour empêcher les matières de pénétrer dans l'espace ainsi oblitéré.

D'un coup de ciseau l'anse a été coupée entre les deux fils à égale distance de l'un et de l'autre, et les deux sur faces de section, étanches d'ailleurs, ont été soigneusement essuyées et prises dans une compresse aseptique.

Puis alors, et ceci est le point capital et original de l'opération, l'incision est continuée en bas dans toute la longueur du mésocolon dont la transparence permettra de voir et d'éviter les vaisseaux. C'est-à-dire que l'incision ne sera pas toujours rectiligne et qu'on saura obliquer à droite ou à gauche, suivant qu'à gauche ou à droite on verra se dessiner une artériole ou une veinule de quelque importance.

Il est des cas où le mésocolon est très court : alors, au lieu d'une seule incision plus ou moins régulièrement verticale, on peut en faire une ou deux autres plus ou moins perpendiculaires à la première et plus ou moins longues suivant la nécessité, pour donner plus de jeux aux deux bouts intestinaux et permettre leur plus grand éloignement.

Comme pour la première incision verticale, on fera une incision horizontale dans les parties les moins vasculaires du mésocolon.

Grâce à l'incision unique ou multiple du mésocolon, les deux bouts

de l'intestin ont pu être portés, le bout supérieur dans l'angle de gauche ou l'angle externe de l'incision, le bout inférieur dans l'angle de droite ou l'angle interne de l'incision.

Le bout supérieur, gauche ou externe, celui par lequel les matières fécales seront expulsées, est d'abord débarrassé du fîs qui l'oblitére, puis il est fixé dans l'angle externe avec un soin tout particulier ; son calibre sera retréci par des catguts profonds qui uniront d'abord la lèvre inférieure de la paroi incisée à la séro-muscleuse de l'intestin. Lorsque la couronne des fils en U profonds aura été posée, l'index devra pénétrer à frottement dans le nouvel orifice anal.

Puis, il faut songer à fermer la plaie intermédiaire aux deux bouts intestinaux par deux plans de suture, l'un profond au catgut qui comprendra le péritoine, les muscles et l'aponévrose du grand oblique, l'autre superficiel, juxtaposant par des crins de Florence la lèvre cutanée supérieure à la lèvre cutanée inférieure.

A gauche de l'opéré est l'anus nouveau à peu près constitué, à droite est le bout inférieur, dont il faut retrécir le calibre par des points en U profonds.

Il suffira qu'on puisse faire pénétrer par l'orifice, une sonde de 5 à 6 millimètres de diamètre ; car, en définitive, cet orifice va devenir l'équivalent d'une fistule pour la vidange et la décharge du bout inférieur.

Entre les deux orifices, on voit la ligne de suture réunissant les tissus divisés par l'incision primitive.

« Les sutures sont precaires, dans mon unique opération, elles ont sauté et nous avons observé la désunion de la peau, il est infiniment probable qu'il en sera souvent ainsi, car il sera toujours difficile de protéger ces sutures contre les infections du bout inférieur et du bout supérieur ouverts près d'elles. Le mal n'est pas grand, car la réunion secondaire arrange très bien les choses. Néanmoins, nous allons proposer une modification palliant en partie à cet inconvénient et qui nous a été suggérée par notre interne, M. Mocquot : remplacer cette unique incision primitive par deux incisions inégales ; l'une la droite, plus grande mais juste assez grande pour permettre de saisir l'anse iliaque, d'en oblitérer les deux futurs bouts, et d'en sectionner le mésocolon par les manœuvres déjà décrites. Lorsque les deux bouts seront ainsi libérés, on pratiquera en dehors, à deux cent. de la première incision, une seconde incision de 4 ou 5

cent., selon l'épaisseur de la paroi par où on introduira une pince pour saisir délicatement et sans le meurtrir le bout supérieur, qu'on fixera dans ce nouvel orifice ».

Le professeur Reclus avait surtout en vue de s'opposer au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur, mais son procédé a aussi l'avantage de s'opposer à l'éversion de l'intestin en remplaçant un large orifice comprenant les deux bouts de l'intestin par deux orifices beaucoup plus étroits, séparés par un pont solide et résistant qui soutient très efficacement l'intestin. Néanmoins dans le cas d'anus établi par ce procédé sur un colon très long à méso lâche, on peut encore observer l'éversion de l'intestin.

De fait, nous avons eu l'occasion de le constater sur une malade opérée par M. Piquand, ancien chef de clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de Montluçon.

Pour éviter cet inconvénient, M. Piquand conseille d'attirer l'intestin dans la plaie, jusqu'à ce que le bout supérieur soit fortement tendu et de sectionner le colon de façon que le bout supérieur ait juste la longueur suffisante pour venir affleurer à la peau ; ceci fait, de pratiquer une deuxième incision à quelques cent. plus haut, et au niveau de cette seconde incision, d'attirer le bout inférieur qui s'entrecroise en quelque sorte avec le bout supérieur. Le bout inférieur, très rétréci, est alors fixé à la plaie supérieure et le bout inférieur à la plaie inférieure.

De plus, M. Piquand conseille de pratiquer non la section des fibres musculaires, mais la dissociation suivant le procédé d'Hartmann.

Ainsi réglée, l'opération met à peu près sûrement à l'abri du prolapsus du bout supérieur, celui-ci étant rendu impossible par la brièveté de l'intestin et de son méso.

Quant au bout inférieur, attiré à la partie supérieure de la fosse iliaque, il n'a guère tendance à remonter pour se prolaber au dehors ; nous savons d'ailleurs que le prolapsus du bout inférieur est beaucoup plus rare que celui du bout supérieur.

Quel que soit le procédé employé, il faut recommander aux malades de prendre certaines précautions en vue d'éviter le prolapsus, ainsi il faut leur recommander d'accomplir les défécations dans la position horizontale et sans faire contracter les muscles abdominaux. Interdire tout effort violent, toute fatigue prolongée, tout excès de nourriture.

Pour permettre aux malades de vivre d'une façon à peu près normale on aura recours aux appareils usités en pareil cas. Appareil de Collin avec réceptacle, de Saxtorph et de Reverdin, modifié par Collin.

Le point capital pour éviter la production du prolapsus est d'avoir un appareil qui, tout en laissant passer les gaz, comprime l'orifice anormal de façon à empêcher l'issue de la muqueuse ou de l'intestin.

L'appareil de Saxtorph nous paraît le mieux disposé pour remplir cette indication, ensuite celui de Reverdin modifié par Collin. Quant aux appareils à réceptacle formés d'un anneau appliquant sur l'anus contre nature une cupule rigide, ils nous semblent favoriser la procidence de l'intestin.

II

Traitement du prolapsus constitué

Le traitement du prolapsus constitué doit remplir un double but :

1^o Supprimer l'éversion et le segment intestinal prolabé, et 2^o empêcher l'accident de se reproduire.

Deux cas peuvent se présenter :

L'éversion est réductible ou elle ne l'est pas.

Si l'éversion est réductible on peut se contenter de rentrer l'intestin en refoulant les parois intestinales, de l'extérieur vers l'intérieur avec un doigt introduit dans l'orifice du boudin prolabé.

Une fois la réduction obtenue, on la maintiendra avec une pelote ou bien avec des points de sutures unissant la paroi de l'intestin ou le mésocolon à la paroi abdominale, comme dans une colopexie ordinaire.

Toutefois, ce dernier procédé a l'inconvénient d'exiger une ouverture du péritoine au voisinage du foyer infecté d'un anus et d'exposer ainsi à des accidents de péritonite ; aussi, dans le cas de prolapsus volumineux est-il préférable de se comporter comme dans le cas de prolapsus irréductible, c'est-à-dire d'en pratiquer l'exérèse. Cette exérèse se fera suivant un procédé très analogue à ceux décrits par Mickulicz et Trélat-Segond pour le prolapsus du rectum.

Le boudin prolabé est fixé à l'aide de deux fils ou de deux pinces, on sectionne d'abord transversalement le cylindre externe dans sa moitié antérieure à un ou deux cent. du rebord cutané, cette inci-

sion doit être faite couche par couche. Les vaisseaux qui donnent sont liés, puis le cylindre interne est sectionné ; on réunit par la suture les lèvres des deux cylindres. Les fils doivent traverser la totalité des tuniques de façon à être à la fois occlusifs et hémostatiques.

Les chefs laissés longs serviront à maintenir l'intestin pendant le reste de l'opération. La partie postérieure de l'intestin est traitée de la même façon.

Au lieu de ce procédé on peut utiliser le procédé de Nélaton-Segond qui consiste à placer sur la ligne médiane en avant et en arrière (Nélaton) ou de chaque côté du boudin prolabé (Segond) deux pinces à longs mors entre lesquelles on sectionnera toute l'épaisseur du boudin.

Ce boudin est ainsi partagé en deux valves latérales, dans le procédé de Nélaton, antéro-postérieurs dans le procédé de Segond. On divise ensuite transversalement chacune de ces valves cent. par cent. en suturant à mesure la muqueuse à la peau, soit après application à leur base d'une longue pince à mors parallèles (Segond) soit sans pincement préalable (Nélaton).

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

En cas d'étranglement, l'opération s'impose d'une façon absolue. Dans l'immense majorité des cas, on pratiquera l'exérèse, suivant un des procédés indiqués ci-dessus. On pourrait aussi, suivant la méthode de Gosset, circonscrire le pédicule de la tumeur intestinale par une incision elliptique comprenant tous les plans de la paroi, protégeant avec soin par des compresses, le péritoine ouvert, on fera la resection en masse de la tumeur. Les deux bouts de l'intestin accolés en canon de fusil seront ensuite fixés à la paroi et à la peau.

Ce procédé a l'inconvénient d'exposer à la contamination du péritoine et de nécessiter par conséquent une protection des plus attentives de la cavité péritonéale ; mais il a le gros avantage de permettre de voir bien clair et d'éviter à coup sûr la blessure d'une anse intestinale herniée dans le prolapsus.

Ainsi, dans les cas d'ailleurs exceptionnels d'obstruction intestinale, dus à l'étranglement d'une anse intestinale herniée dans une hédrocèle formée aux dépens du prolapsus, c'est à un procédé analogue qu'il faudrait avoir recours.

Dans ce dernier cas, après avoir largement circonscrit la masse irréductible et ouvert la cavité péritonéale, quand on a reconnu la présence d'une anse de grêle, on peut se comporter de deux façons :

Ou bien libérer l'intestin grêle en débridant les bords de l'orifice d'entrée de l'hédrocèle, puis réduire l'intestin grêle dans le ventre, et fermer l'incision abdominale en abouchant à la peau les deux bouts du colon pelvien adossés en canon de fusil.

Ou bien enlever toute la masse intestinale, comme une tumeur, et rétablir la continuité de l'intestin grêle par une entéro-anastomose, et aboucher comme précédemment les deux bouts du colon pelvien à la peau.

Ces deux procédés ont été suivis également avec succès par MM. Gosset et Piquand.

On aura recours au premier, lorsque l'intestin grêle sera en bon état ; au contraire si l'on a des doutes sur l'intégrité de l'intestin on en pratiquera la résection comme dans la belle observation de M. Gosset.

En un mot, on se comportera là comme dans le cas d'une hernie étranglée ordinaire.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

I. Le prolapsus constitue une complication fréquente et très importante de l'anus contre nature.

II. Son apparition est favorisée par toutes les causes qui peuvent, soit relâcher l'appareil de suspension de l'intestin, soit diminuer la résistance de la paroi abdominale.

L'anus artificiel à large ouverture établi suivant le procédé de Maydl-Reclus expose tout particulièrement au prolapsus.

III. Au point de vue anatomique le prolapsus de l'anus artificiel peut revêtir quatre formes :

Prolapsus muqueux ;

Prolapsus total de l'intestin ;

Prolapsus avec invagination intestinale ;

Prolapsus avec hédrocèle capable de contenir une ou plusieurs anses intestinales.

IV. Le prolapsus est susceptible d'entraîner plusieurs complications importantes, telles que l'inflammation et l'ulcération de l'intestin prolapsé, l'étranglement et enfin l'occlusion intestinal. Celle-ci peut être due, soit à l'étranglement du prolapsus, soit plus rarement à l'étranglement d'une anse intestinale herniée dans une hédrocèle.

V. Le traitement doit être avant tout prophylactique.

On s'opposera au prolapsus en établissant un anus à orifice aussi étroit que possible, en dissociant au lieu de les sectionner les fibres de la paroi abdominale, en pratiquant enfin l'anus en un point de l'intestin, tel que celui-ci soit bien soutenu par son appareil de suspension.

Ces conditions nous semblent au mieux réalisées dans le procédé du professeur Reclus, légèrement modifié, consistant à sectionner complètement l'intestin et à aboucher les deux bouts à deux orifices séparés de la paroi abdominale. L'intestin étant sectionné aussi haut que possible et ses deux bouts entrecroisés de façon que le méso colon et ses vaisseaux s'opposent au maximum au prolapsus.

Le prolapsus une fois développé, peut, s'il reste réductible, être traité simplement par le port d'un appareil.

Si le prolapsus est irréductible on en pratiquera l'exérèse suivant des procédés analogues à ceux employés pour la cure du prolapsus du rectum.

Si le prolapsus s'étrangle, il faudra de même en pratiquer l'exérèse immédiate.

En cas d'obstruction par étranglement d'une anse intestinale dans un sac d'hédrocèle, il faudrait pratiquer une laparotomie, dégager largement toute la masse intestinale adhérente et examiner l'état de l'anse étranglée ; s'il n'y a que peu de lésions, on se bornera à la réduire dans le ventre et à rétablir l'anus contre nature. Si au contraire il y a des lésions importantes, il faudrait faire une résection intestinale comme dans toute hernie étranglée.

OBSERVATIONS

1^o Observation d'Albinus in Sabatier, article (anus contre nature) annales de l'Académie Royale de Médecine T. XV :

Un soldat ayant été blessé à la bataille de Ramillies d'un coup de baïonnette au côté gauche du ventre, au-dessous des dernières fausses côtes, le chirurgien chargé de le panser, agrandit la plaie et y mit un appareil convenable ; il s'aperçut le lendemain, qu'il en était sorti des aliments que le malade avait pris la veille. Cette circonstance le détermina à débrider la plaie une seconde fois en avant et en arrière, de sorte qu'elle excédait la longueur de la main. Lorsque les excréments qui continuaient à passer par cette voie prirent un peu plus de consistance, on vit qu'il s'en échappait une portion d'intestin ; il en sortit deux quand le malade vint à se lever ; l'une était à la partie inférieure de la plaie, l'autre à la partie supérieure. Ces deux portions intestinales étaient longues de 9 pouces chacune ; elles étaient formées par un renversement d'intestin qu'Albinus jugea semblable à celui qui arrive quelquefois par l'anus. On aurait dit que la tumeur qu'elles présentaient n'était faite que par un seul intestin adhérent au ventre par sa partie moyenne et la plus large. Lorsque le malade était couché sur le côté droit, elles se retiraient d'elles-mêmes dans le ventre, surtout la supérieure. Cela arrivait avec plus de promptitude et de facilité, lorsqu'on introduisait le doigt dans l'ouverture qui était à leur extrémité la plus reculée et qu'on le tournait en rond pour le dilater et pour en détruire les rides. Ce procédé suffisait pour réduire complètement la portion supérieure ; mais l'inférieure ne pouvait être réduite de même. On voyait alors sous les fausses côtes une large ouverture qui pénétrait jusqu'au dedans du colon. Il paraissait que la plus grande partie du diamètre de cet intestin avait été coupée en travers et que la cicatrice avait uni la plaie des parties inférieures avec les bords de celles de l'intestin, ce qui avait donné naissance à ce large anus par où les excréments sortaient toujours sans que le malade pût les retenir. Il ne rendait rien par l'anus qu'une petite quantité de mucosités blanchâtres qui en sortaient chaque jour. Cet événement avait lieu surtout lorsque les intestins avaient été repoussés dans le ventre et qu'ils y avaient séjourné quelque temps. Il usait sans inconvénients de toutes sortes de nourritures et les choses les plus difficiles à digérer étaient celles qui lui convenaient le mieux, il ne les rendait pour l'ordinaire que neuf à dix heures après les avoir prises.

2^o Observation de Le Cat. Société Royale de Londres d'après Sabatier in mémoires de la société Royale de Chirurgie T. XV :

Le malade portait au côté une hernie inguinale, à laquelle il survint un étranglement au commencement de l'année 1739. La gangrène s'en étant bientôt em-

parée, les téguments s'ouvrirent d'eux-mêmes, et les matières fécales mêlées avec le pus se firent jour au dehors ; il s'établit en cet endroit un anus contre nature et deux mois après l'intestin iléon commença à se renverser. L'on jugeait aisément que c'était la portion qui répondait au rectum car elle ne donnait pas passage aux excréments qui sortaient par une ouverture située au-dessus de ce côté, au bout la portion intestinale continue à l'intestin se renversa comme la première. L'ouverture des téguments était cachée par les deux intestins qui formaient sur le ventre une tumeur continue dans la branche qui avait parue la première laisser échapper les matières fécales. Lorsque la malade était couchée, cette branche rentrait d'elle-même, au lieu que l'autre restait toujours au dehors. Celle-ci était moins saine et chargée de pustules. M. Le Cat forma le projet de les réduire tous deux, de les contenir dans le ventre, d'introduire une canule dans l'orifice qui répondait au rectum, afin de le dilater et de le disposer à livrer passage aux matières, que celui qui venait de l'estomac devait y verser, de rafraîchir ensuite les bords de l'ouverture fistuleuse des parties contenant du ventre afin de les rapprocher et d'en procurer le recollement au moyen d'une suture. Il comptait sur la gastroraphie pour la guérison radicale.

Ces premières tentatives furent sans succès ; la portion d'intestin qui aboutissait au fondement ne put être réduite malgré les soins qu'on avait pris de les ramollir au moyen des cataplasmes et des fomentations appropriées et quoiqu'on l'eût poussée avec assez peu de ménagement jusqu'à en faire couler le sang de toutes parts. La malade fatiguée des épreuves qu'on lui avait fait subir sortit enfin de l'hôpital sans être soulagée. Elle y revient 11 ans après pour une maladie interne dont elle mourut. On fit l'autopsie et l'on ne trouva que la portion continue au rectum hors du ventre ; l'autre y était totalement rentrée comme cela était arrivé souvent pendant le cours de la maladie. Ces deux bouts d'intestin appartenaient à la fin de l'iléon ; celui par lequel les excréments avaient coutume de sortir n'avait pas souffert de ce rétrécissement ; mais l'autre était fort contracté sur lui-même ; il s'enfonçait dans l'ouverture des parties contenant du ventre, jusqu'à l'extrémité de la tumeur à laquelle il donnait naissance, puis se renversant de dedans en dehors comme un doigt de gant, il remontait de bas en haut et revenait vers l'orifice fistuleux du ventre, avec lequel il avait de très fortes adhérences, de manière qu'il formait invagination et sortait replié en double.

3° Hoin et Leblanc essai sur les hernies 1768 :

Une fille âgée de quatorze ans, dit-il, ayant une hernie crurale avec étranglement, on prit cette tumeur pour un abcès et on l'ouvrit ; mais il n'en sortit que des matières stercorales et il resta un anus artificiel. Quelque temps après, il s'échappa par cet anus une portion d'intestin renversée de la longueur de sept à huit pouces. Ce fut dans ce temps qu'on transporta la malade à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. L'épuisement dans lequel cette personne tomba par rapport à la grande quantité de matières qui s'échappaient par sa fistule la conduisit au tombeau.

4° Observation de Puy (de Lyon) ; in Sabatier ; mémoire sur l'anus contre nature. Mémoire de l'Académie Royale de Chirurgie T. XV :

Une paysanne des environs de Lyon avait été opérée d'une hernie avec gangrène, et il lui était resté un anus contre nature à travers lequel il lui arrivait quelquefois un renversement d'intestin ; cet accident la retenait au lit depuis trois mois, lorsque l'intestin étant sorti comme à l'ordinaire, elle éprouva tous les symptômes de l'étranglement. Elle était depuis sept jours dans cet état lorsqu'elle fut transférée à l'hôpital ; aussi, ne fût-il pas possible de lui procurer le moindre soulagement, et elle mourut peu d'heures après.

5^o Observation de Puy (de Lyon) dans Sabatier, mémoires de l'Académie Royale Chirurgie T. XV :

Une femme âgée de quarante ans eut une hernie inguinale du côté gauche, à laquelle il survint des accidents si pressants qu'on jugea l'opération indispensable. Elle refusa de s'y soumettre à temps, et lorsqu'elle eut enfin consenti qu'on essayât de lui donner du secours, l'intestin renfermé dans la tumeur était déjà tombé en gangrène. Les excréments prirent leur cours par la plaie, et ayant continué de s'y porter, il s'établit en cet endroit un anus contre nature. La malade ne tarda pas à s'apercevoir que lors de l'excretion des matières fécales, il sortait par sa fistule une portion d'intestin renversé qu'elle faisait aisément rentrer après l'avoir fomentée avec du vin chaud. Six mois après, cette portion intestinale s'échappa de la longueur d'un demi-pied et il survint des douleurs violentes accompagnées de hoquet et de vomissements qui forcèrent la malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} avril 1752. M. Puy convoqua plusieurs de ses collègues pour savoir ce qu'il convenait de faire. On se contenta de faire des pansements convenables. Les accidents augmentèrent, la tumeur devint d'un pied et demi de long et la malade mourut en moins de 60 heures. On procéda le lendemain à l'ouverture de son corps, les intestins furent trouvés livides et gonflés, l'épiploon était en quelque sorte fondu, et les vaisseaux sanguins contenaient une grande quantité de sang noir et coagulé.

6^o Observation de Sabatier. Mém. d'Acad. Royale de Chir. T. XV :

Au mois de février 1772, le malade tomba dans les accidents de l'étranglement. Les secours qui lui furent administrés n'ayant point eu de succès, on se détermina, le douzième jour, à appeler M. Allouel, qui trouva les choses dans un état désespéré. Il n'y avait que l'opération qui pût sauver le malade, et tout incertain qu'en fût le succès, M. Allouel n'hésita point à la faire. Les intestins se trouvèrent altérés comme il l'avait prévu. Leur masse était confondue avec des lambeaux pourris et beaucoup de matières stercorales. Il se fit un écoulement abondant d'excréments par cette voie ; le ventre se dégorgea, le malade parut revenir comme de la mort à la vie. M. Allouel reconnut alors que la portion d'intestin déplacée appartenait au colon et comme elle était entièrement corrompue, il la retrancha avec des ciseaux. Six semaines après, on s'aperçut qu'il sortait par la plaie une protubérance intestinale, qui fut suivie d'une autre toute semblable 15 ou 20 jours après la première.

Elles avaient 2 ou 3 pouces de longueur et 15 ou 16 de diamètre. Les dimensions en sont restées les mêmes, leur couleur est d'un rouge foncé : elles ont beaucoup de rugosités et sont couvertes d'un tissu fongueux ; celle qui donne passage aux matières stercorales est en dedans et en bas et l'autre en dehors et en haut. Le malade peut les repousser sans douleur et le faire rentrer aisément ; mais elles repaissent au moindre effort qu'il fait et surtout lorsqu'il est debout.

Les lavements donnés à l'ordinaire reviennent sur-le champ et avec facilité par la seconde, et lorsqu'ils sont poussés par la plaie dans l'ouverture que cette portion d'intestin présente, ressortent également bien par l'anus ; quand elles sont réduites, elles paraissent collées l'une à l'autre, et n'être séparées que par une cloison de peu d'épaisseur.

7^o Observations de Sabatier, in mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie, T. XV, p. 2.

L'indication de rétablir le cours de matières excrémenteuses n'a pas été mieux saisie chez un autre soldat, qui est aussi à l'Hôtel royal des Invalides et qui porte

un anus contre nature compliqué d'un renversement d'intestin, tout semblable à celui dont il vient d'être parlé, excepté qu'il n'a pas les mêmes dimensions. Ce soldat avait une hernie inguinale au côté droit depuis près de 12 ans, lorsqu'il fut surpris des accidents de l'étranglement. Les parties se gangrénèrent et les téguments qui couvraient la tumeur se convertirent en une large eschare, dont le décollement permit la sortie d'une grande quantité de matières stercorales. Il en sortit en même temps beaucoup par les voies inférieures, mais elles cessèrent peu à peu de prendre cette route, et au bout de deux mois, elles passèrent entièrement par la plaie de l'aine.

Ce fut alors que la protéburance commença à paraître ; elle acquit bientôt un pouce et demi de longueur et n'a pas augmenté depuis ; les excréments sortent à sa base et en dehors, ce qui prouve qu'elle est formée par la portion d'intestin qui tient à l'anús. Ils sont à demi liquéfiés, et s'échappent sans que le malade puisse les retenir.

Les bourses sont très grosses de ce côté ; du reste, ce soldat qui n'est encore âgé que de vingt-neuf ans jouit d'une fort bonne santé ; il rend journellement par l'anús quelques mucosités blanchâtres et sans odeur et ne s'aperçoit de son incommodité que par l'excessive malpropreté qui en est la suite.

8^e Observation de Sabatier in mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie, T. XV :

Un soldat invalide porte à l'aine droite un anus contre nature compliqué d'un renversement d'intestin. Ce soldat avait eu dans son enfance une hernie dont on l'opéra, en lui faisant en même temps la castration. Il resta au milieu de la cicatrice du soldat dont il s'agit, un tubercule d'un rouge éclatant, du volume d'une cerise, et qui fournissait une humeur jaunâtre et séreuse : la quantité de cette humeur était médiocre ; et la même à peu près dans tous les temps. Lorsque ce jeune homme fut parvenu à l'âge de quinze ans, il s'engagea dans les troupes et son incommodité ne l'empêcha pas de faire le service. Un effort qu'il fit à Mahon, en portant des bombes, donna lieu à une hernie du volume d'un œuf de poule, laquelle parut à côté du tubercule. Cette hernie fut contenue avec un suspensoir ; le malade ressentait de temps en temps de légères douleurs de coliques. Ce fut dans cet état qu'il s'embarqua pour revenir en France. Arrivé à Toulon ; il entra à l'hôpital de cette ville : les coliques étant devenues plus fortes au bout de 15 jours, et se trouvant jointes à des nausées et à des vomissements, dont il ne peut dire la nature, M. Bouland, chirurgien-major de l'hôpital, se détermina à l'opérer. Un bouillon qui lui fut donné une heure après s'écoula par la plaie et les excréments sortirent en abondance par la même voie ; il en passait cependant une assez grande quantité par le fondement. On prit, sans qu'on puisse en apercevoir le motif, la précaution d'entretenir la plaie de l'intérieur ouverte avec une tente qu'on y introduisit⁴ à chaque pansement.

Il se forma en conséquence au pli de l'aine un nouvel anus par lequel les matières passaient ; et il n'en sortait par le fondement qu'une petite quantité.

Un an après, pendant qu'il se promenait dans une cour de l'hôpital de Toulon, après avoir mangé des châtaignes bouillies il se sentit attaqué d'une colique très forte qui l'obligea de remonter à la salle et de se mettre au lit. Il s'aperçut alors qu'il s'était formé à l'endroit de la plaie une tumeur rouge de la grosseur d'une petite pomme. Cette tumeur augmenta en peu d'instants et devint du volume du poing. Les douleurs du ventre étaient toujours extrêmement fortes. La tumeur prit une couleur rouge très foncée et comme gangréneuse. L'état fâcheux où le malade était alors réduit ne lui permit pas de se rappeler quels secours lui furent administrés. Il croit cependant qu'on se contenta de couvrir sa tumeur de compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée et qu'il s'en détacha quelques

eschares très minces. Peu de jours après le calme se rétablit et il resta avec une tumeur moins grosse mais de la même nature à la base et au côté interne de laquelle les excréments sortaient sans douleur. Depuis ce temps, le malade est toujours dans le même état. La tumeur varie beaucoup dans ses dimensions ; elle a pour le présent six pouces de longueur et un pouce et demi de diamètre. C'est un intestin retourné ; on y distingue des replis en manière de valvules et des corps glanduleux de différente grosseur ; la couleur en est d'un rouge obscur et la consistance molasse.

Cette tumeur n'est point douloureuse.

Les excréments continuent de sortir de sa base presque toujours délayés de la consistance d'une bouillie claire, sans que le malade en prévoit l'évacuation et même sans qu'il s'en aperçoive. Il passe de temps en temps quelques excréments par la partie intérieure du rectum ; mais en petites quantités à la fois, fort dures, assez semblables à des pelotons de graisse et de couleur blanchâtre. On ne peut douter que ce soit l'excretion des glandes de la partie du canal intestinale restée sans fonctions. Le malade a trois fois, sous mes yeux, éprouvé des coliques violentes précédées d'une sorte de rétraction dans la tumeur et accompagnées de suppression des matières excrémentielles qui n'ont recommencé à couler que quand les coliques ont diminué.

Lorsqu'il marche, la tumeur augmente ; elle diminue, au contraire, quand il reste au lit. Son état est fort bien d'ailleurs ; il conserve de l'embonpoint et une vigueur raisonnable.

9^e Observation de Sabatier in Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie T. XV :

Il y a déjà quelques années que j'ai eu occasion de l'observer pour la première fois sur un jeune homme dont l'anus contre nature situé à la partie antérieure et moyenne de l'hypochondre gauche, présentait une ouverture ronde et d'un grand pouce de diamètre. Une protubérance du volume du poing, molasse et rougeâtre qu'il portait en cet endroit excita mon attention. Cette tumeur naissait du dedans de l'ouverture même ; elle était surmontée de plusieurs tubercules un peu plus gros que des graines de chenvis jetées sans ordre sur sa surface et couverte d'une mucosité semblable à celle dont les intestins sont enduits intérieurement.

Les excréments s'écoulaient à sa base ; ils étaient de consistance, sans odeur et liquide. Le blessé que j'interrogeai sur son état, me dit que cette indisposition était la suite d'un abcès qui lui était survenu à l'âge de neuf ans, que depuis ce temps, les matières stercorales étaient toujours sorties par cette voie, qu'il n'en passait presque point par l'anus et que le peu qui en sortait avait une consistance assez ferme et une couleur blanchâtre. Il ajouta que la tumeur que je voyais n'avait pas commencé à paraître d'abord, qu'elle avait grossi peu à peu, et même qu'elle augmentait tous les jours, qu'elle ne lui causait aucune douleur quoi qu'elle fût exposée à l'action de l'air extérieur et qu'il se baignât souvent avec de l'eau froide ; enfin, que les aliments liquides sortaient par la fistule presque aussitôt qu'il les avait avalés et sans aucune altération. Je ne pouvais presser sur la tumeur ni même l'écarter de dessus l'ouverture qui lui donnait naissance, et dont elle couvrait la plus grande partie sans causer au blessé les douleurs les plus vives ? Je parvins cependant à bien observer, les dimensions de sa fistule et je vis qu'elle était bordée circulairement par une cicatrice fort délicate et prête à se déchirer pour peu qu'elle eût souffert la moindre violence. Ce fait qui, pour lors était nouveau pour moi, me parut digne d'être observé dans toutes ses circonstances ; je jugeai que la tumeur était formée par le renversement d'une portion du colon dépendante de celle qui s'étend depuis l'ouverture jusqu'à l'anus et que cette maladie était de la même espèce que celle qui est connue sous le nom

de chute du rectum. Ce jeune homme, que son infirmité empêche de se livrer à aucune espèce de travail demandait alors l'aumône sur le grand chemin d'Antony près du village de Verrières, lieu de sa naissance; il est actuellement à Paris, où il continue d'exciter la charité des passants en leur montrant sa plaie et la prolongation d'intestin renversé qui l'accompagne; je l'ai rencontré plusieurs fois, je n'ai rien observé de nouveau à son incommodité si ce n'est que l'intestin s'est un peu allongé.

10^e Observation de Desault in journal de Chir. 179 T. I. p. 186 :

François Viallet, natif de Moulins, fut blessé par un éclat de bombe, au mois de mai 1786, à bord du vaisseau le Saint-Michel sur lequel il servait en qualité de matelot. Il perdit connaissance et ne revint de son évanouissement que trois heures après le combat. Sa plaie s'étendait, dit-il, depuis deux pouces au-dessus de l'anneau inguinal du côté droit jusqu'au bas du sacrum, où le testicule était à nu. On apercevait dans l'angle supérieur une espèce d'appendice très rouge, longue d'un pouce formée par l'intestin divisé lequel se retira dans le ventre, pendant qu'on lavait la plaie. L'appareil appliqué sur la blessure laissait un trou à cet endroit pour l'écoulement des matières.

Une frégate, qui s'était chargée de ce matelot, le déposa un mois après son accident, à l'hôpital de la marine de Brest où il resta jusqu'à sa guérison, si l'on peut appeler guérison, un état de choses qui conservait, hors du ventre, une portion d'intestin d'où s'échappaient continuellement les aliments à demi-digérés.

Ce malheureux, réformé alors comme hors d'état de servir, regagna son pays natal, et bientôt voyant que sa famille ne lui présentait aucune ressource, et que la fatigue du voyage avait considérablement allongé l'intestin, il parcourut les principaux hôpitaux de l'Europe, cherchant en vain quelque adoucissement à l'horreur de sa situation. Après avoir erré ainsi pendant 4 ans, il vint enfin à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 29 septembre 1790.

La portion d'intestin pendante au dehors depuis si longtemps, avait acquis un volume considérable. Sa figure était à peu près celle d'un cône de neuf pouces de hauteur dont la partie moyenne faisait au devant beaucoup de saillie. La base un peu rétrécie, sortait de dessous un repli de la peau un peu au-dessus de l'anneau inguinal. Son sommet, tourné en arrière et descendant jusqu'au milieu des cuisses, se terminait par un orifice très étroit par où s'écoulaient les matières fécales; il ne rendait rien de semblable par l'anus, depuis l'instant de sa blessure. Cependant il allait à la selle tous les 3 ou 4 mois pour rendre un peu de matière blanchâtre et consistante qui n'était autre chose que la mucosité fournie par la portion d'intestin voisine de l'anus. Toute la surface de cette tumeur était rouge et ridée comme la membrane interne des intestins. On remarquait surtout à sa partie inférieure, des rugosités qui semblaient être de ces replis valvulaires que forme la membrane interne des intestins. Au côté externe de cette masse, on voyait sortir par la même ouverture abdominale une autre tumeur petite, mais semblable à la première par sa couleur et sa consistance. Cette dernière avait une forme ovale et son extrémité plissée comme une bourse à jetons, ne laissait échapper qu'un peu de sérosité. Ces tumeurs avaient un mouvement péritatique semblable à celui des intestins, et quelques gouttes d'eau suffisaient pour les faire rétracter sur elles-mêmes.

Ce malheureux jeune homme grand, fort et bien constitué, quoique d'une maigreur extrême, était forcé, par les tiraillements violents qu'il éprouvait dans le bas-ventre, de se tenir courbé, au point de ne pouvoir marcher qu'en s'archoutant pour ainsi dire, contre deux béquilles.

Un pot de terre attaché à sa ceinture par une corde, et pendant entre ses cuisses, recevait l'extrémité de l'intestin, et les matières y prenaient en peu de temps une insupportable fétidité.

On reconnut que la tumeur principale était par la portion de l'intestin correspondante à l'estomac, invaginée, si j'ose m'exprimer ainsi, et retournée sur elle-même de manière à ne présenter à l'extérieur que sa face interne.

On reconnut ainsi que la petite tumeur était la partie inférieure de l'intestin invaginée de même et que les bords de la section de ce canal étaient collés à l'ouverture des parois du bas-ventre, et confondus et conglutinés avec eux par une cicatrice commune.

L'afflux des humeurs attirées dans cette partie, tant par sa disposition particulière que par l'irritation continuelle que l'accès de l'air, les frottements et surtout les matières fécales y produisaient, en avait épaissi et durci les membranes au point qu'il eût été plus que téméraire de tenter la réduction d'une pareille masse, si l'expérience n'avait appris ce que peut la compression dans des circonstances semblables. Pour s'assurer de l'efficacité de ce moyen dans le cas particulier qui se présentait, M. Desault comprime la tumeur pendant quelques minutes en l'embrassant avec ses deux mains, et la diminution de volume qu'il obtint lui présagea ce qu'il pouvait attendre d'un moyen compressif plus exact et soutenu pendant un espace de temps convenable.

Il employa, pour cet effet, une simple bande, dont il couvrait de bas en haut par des doloires un peu serrés toute l'étendue de la tumeur, en laissant seulement à son sommet l'ouverture nécessaire au passage des matières. L'effet de ce moyen fut prompt, car dès le soir de la même journée, on fut obligé de défaire le bandage qui ne comprimait déjà plus. On le renouvela de même les jours suivants à mesure que la tumeur diminuait et, dès le quatrième jour, l'intestin n'avait plus que son volume naturel. M. Desault jugeant alors la réduction possible, fit soulever la tumeur perpendiculairement à l'ouverture du bas-ventre, et, avec un doigt porté dans l'orifice tandis que l'autre pressait doucement pour empêcher les parties de ressortir, il développa l'intestin en le faisant rentrer dans lui-même, et par conséquent dans le bas-ventre. On fit de même pour la réduction de la petite tumeur qui ne présentait alors aucune difficulté.

C'était beaucoup sans doute dans un cas aussi grave, que d'avoir délivré le malade d'une tumeur si embarrassante et de l'avoir mis à l'abri des accidents terribles qui pouvaient à chaque instant en résulter. Mais il restait une incommodité bien fâcheuse, c'était l'issue continuelle des excréments. A cette issue on opposa un simple bouchon formé par un gros tampon de linge, de trois pouces de longueur, introduit dans l'intestin et soutenu par un bandage inguinal. M. Desault se proposait d'ôter cette espèce d'obturateur deux fois par jour pour laisser sortir les matières, mais après des gargouillements accompagnés d'un sentiment de chaleur très vif, le malade rendit des vents par l'anus, présage heureux de ce qui allait se passer. Il survint bientôt des coliques et des cuissons douloureuses dans le rectum, qui obligèrent le malade de se présenter à la garde-robe, ce ne fut pas en vain ; il rendit par l'anus et sans effort, une demi-livre de matières très fluides, semblables à celles qu'on évacue après une indigestion. Cet homme eut encore dans la nuit suivante, huit selles de même nature que la première, toutes précédées de légères coliques, d'empreintes et de cuissons dans le rectum qui n'était plus accoutumé à la présence des excréments. Le lendemain, le malade était abattu comme on l'est ordinairement après un dévoiement. Les selles furent aussi fréquentes et les cuissons moindres les trois jours suivants. Les matières prirent de la consistance qui augmenta journellement, et le nombre des selles diminua dans les mêmes proportions.

Le tampon de linge qu'on retenait dans l'intestin, fut supprimé le huitième jour, et l'on ferma seulement l'ouverture extérieure par un gâteau de charpie soutenu par des compresses sur lesquelles on plaça la pelote large et plate d'un bandage élastique. Ce moyen suffit pour fermer le passage aux matières qui continuèrent de passer en totalité par le rectum.

Le jeune homme se redressa bientôt, prit des forces et même un embonpoint considérable, quoiqu'il ne mangeât plus un tiers des aliments qu'il prenait aupa-

ravant. Pendant deux mois tout entiers qu'on le retient dans l'hôpital afin de constater plus solidement une guérison aussi extraordinaire, il rendit toujours des excréments semblables à ceux d'un homme sain et n'éprouva jamais la moindre incommodité.

Il revint le 30 mars dernier, mais dans un état différent de celui dans lequel nous comptons le revoir. Comme il faisait parfaitement toutes ses fonctions et qu'il n'avait pas éprouvé le plus léger accident depuis cinq mois qu'il rendait ses excréments par les voies naturelles, il avait cru n'avoir plus rien à redouter. Il se livrait à des exercices violents et faisait même des tours de force pour parade de sa vigueur aux yeux de ses compatriotes qui l'avaient vu, huit mois auparavant, dans un état déplorable. Les bravades eurent des suites fâcheuses. Dans le moment où il soulevait un tonneau de vin qu'il avait parié de mettre sur ses genoux, son bandage rompit, et comme il n'éprouvait aucune douleur, il fit peu attention à cet accident, et acheva de gagner son pari. Il marcha ensuite pendant deux heures après s'être fait une ceinture de son mouchoir. L'intestin s'engagea alors dans l'ouverture du bas-ventre qui subsistait encore et sortit d'environ six pouces dans l'espace d'une heure que cet homme mit à regagner son logement. Après avoir essayé lui-même de le faire rentrer, il appela des chirurgiens des tentatives inutiles, (c'était le 4 mars). Il partit alors pour Paris dans une charrette dont il ne put supporter le mouvement, et il fut obligé de marcher à pied, un vase entre les cuisses pour recevoir les matières. L'engorgement et la douleur le forcèrent à s'arrêter dans tous les hôpitaux qu'il rencontra sur sa route. Enfin il arriva à l'Hôtel-Dieu de Paris le 31 mars. Il fut saigné le lendemain parce qu'il souffrait et que le pouls indiquait le pléthore. La tumeur était aussi dure, mais un peu moins volumineuse que lorsqu'il s'était présenté pour la première fois, six mois auparavant. On employa comme on avait fait alors la compression qui fut continuée pendant six jours. On la fit alors rentrer sans efforts et on la contint avec un gâteau de charpie et des compresses épaisses soutenues par un bandage élastique.

Un malaise, puis des vomissements et des nausées suivirent immédiatement le remplacement de l'intestin ? Ces accidents n'alarmèrent point et ils cessèrent au bout de deux heures après des coliques, des gargouillements et des cuissous dans le rectum qui précédèrent une selle copieuse et très liquide. La nuit et le jour suivants il eut une espèce de dévoïement qui se calma le second jour. Les matières commencèrent alors à prendre de la consistance. Tel est son état au moment où nous écrivons (9 avril). Il ne sort rien par l'ouverture du bas-ventre, et cet homme est aussi bien portant que s'il n'avait pas eu de rechute. Il sortira de l'hôpital dans quelques jours et il se propose de rester à Paris.

11^e Observation de Chomette. — Thèse Paris, 1836, p. 10 :

En 1834, il entre à l'hôpital Beaujon un jeune homme portant une hernie inguinale étranglée du côté droit. On l'opère ; l'intestin se trouve gangrené dans sept à huit pouces à peu près de son étendue. Les deux bouts sont tirés au dehors, et le malade revenu de ses premiers accidents, vit sa hernie se convertir en un anus contre nature. Les deux bouts de l'intestin sont adossés l'un à l'autre et parallèles entre eux ; toutes les matières fécales s'échappent par le bout supérieur, celui-ci se renverse en dehors et forme une tumeur de la grosseur d'une pomme ordinaire qui a la forme d'un cône resserré à sa base ; sa surface est mollassse, d'un rouge vif ; on y remarque des rides circulaires et des follicules gonflés. A ces caractères, il est aisé de reconnaître la muqueuse de l'intestin ; l'ouverture est large et permet avec la plus grande facilité l'introduction du doigt. Le bout inférieur n'offre rien de particulier ; il n'est pas renversé ; son ouverture, plus petite, ne donne qu'avec peine passage au petit doigt, et son diamètre se retrécit de jour

en jour. Comme le malade se trouvait très bien du reste, ce fut à cette époque que M. Blandin voulut tenter la guérison de l'anus contre nature. Mais avant il fallait guérir le renversement de l'intestin, et cependant tous les moyens avaient échoué, tels que la position sur le dos, la compression à l'aide d'un bandage, le repos, le taxis, etc., etc., la réduction n'avait pu avoir lieu. Après expérience favorable chez l'animal, une ligature est jetée à la base de la tumeur qui tomba gangrenée au quatrième jour. Ultérieurement Blandin guérit l'anus contre nature en détruisant partiellement la cloison qui séparait les deux segments de l'intestin, à l'aide d'un entérotom de son invention qui respectait l'éperon.

12° Observation de Larrey, société Chir. 20 février 1856 :

Larrey montre un enfant de sept mois et demi, maigre, pâle qui est venu au monde avec une imperforation anale. Deux jours après sa naissance Maisonneuve tenta vainement d'ouvrir une voie aux matières fécales par le périnée ; il se décida alors à pratiquer l'antérotomie lombaire par la méthode de *Callisen*. L'opération réussit en cela que l'enfant a pu vivre jusqu'au jour actuel, mais il est survenu une remarquable complication. L'anus contre nature est devenu le siège d'une invagination très étendue des deux bouts, d'où résulte la formation d'une tumeur saillante de la forme la plus bizarre. Retenue par une sorte de pédicule très court au niveau de l'incision cutanée, les deux boudins invaginés divergent en sens contraire et figurent les deux branches horizontales d'un T dont le pédicule en question représenterait la branche verticale très courte. A leur extrémité libre, ces deux boudins présentent un orifice, l'un ne donne passage qu'à des mucosités, c'est l'inférieur, l'autre à des matières fécales verdâtres, c'est le supérieur. Couchés sur la paroi abdominale, ces deux boudins réunis bout à bout, atteignent une longueur d'au moins 20 cent. ; leur diamètre varie entre 2 et 4 cent. Au moment de l'examen, l'inférieur un peu plus court, plus volumineux se termine en massue, le supérieur s'éfile au contraire à son extrémité libre et devient conique comme le museau de tanche d'un utérus vierge ; mais les dimensions et les diamètres sont variables d'un moment à l'autre. Tous les deux sont revêtus par une muqueuse rouge, épaissie, tomenteuse, sillonnée par les plis, des rides ; toutefois on n'y découvre ni glandes de Peyer, ni follicules isolées. Ces deux cylindres intestinaux, sont le siège de quelques contractions vermiculaires simultanées ou alternatives. En général, quand le supérieur s'allonge, l'inférieur se raccourcit et s'épaissit et réciproquement. Une tentative de réduction de l'invagination est restée sans succès.

13° Observation de Verneuil. — Résumé in Foucher thèse agrég. Paris, 1857 :

J... Marie, 49 ans, sans profession, entre à la salle Sainte-Jeanne, hôpital Lariboisière, le 2 octobre 1869. Elle fut opérée il y a quatre ans d'une hernie étranglée par Cusco, qui, trouvant l'intestin gangrené, établit l'anus contre nature.

A sa sortie de l'hôpital, il se produisit à l'orifice abdominal un gonflement assez considérable du prolapsus de la muqueuse, et qui fut maintenu à l'aide d'un appareil destiné à recevoir les matières fécales. Depuis l'époque de son opération, la malade qui avait auparavant une vie très active, n'a pu faire que des travaux insignifiants. Elle rend tous ses excréments par l'anus artificiel, le bout inférieur de l'intestin n'ayant aucune communication avec le bout supérieur. Elle n'a jamais eu de selles par l'anus, néanmoins elle éprouve quelquefois des envies précédées pendant un ou deux jours, d'un malaise général et d'une céphalgie intense qui l'oblige à garder le lit.

Le 26 septembre 1869 pendant la nuit, elle fut prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec augmentation considérable du prolapsus ; les jours suivants, même état, elle ne peut se lever. Un médecin la fit transporter à l'hôpital où elle fut admise le 2 octobre. L'état général est mauvais : visage pâle et amaigri, yeux languissants, peau chaude, pouls petit et fréquent, langue sale, anorexie, nausées, hoquet. Le ventre, médiocrement douloureux à la pression, n'est pas ballonné. On constate une invagination considérable du bout inférieur qui descend jusque vers le milieu de la cuisse et se termine par un renflement volumineux d'aspect violacé.

Vestige de l'ancien prolapsus de la muqueuse ; l'intestin renversé est rouge, douloureux, bosselé par des brides qui le divisent en deux parties inégales. La surface muqueuse devenue extérieure, est tuméfiée et enflammée ; ici d'un rouge livide, là recouverte d'une exsudation grisâtre et en plusieurs points superficiellement gangrenée, elle sécrète un mucus trouble et très fétide. Le doigt et la sonde pénètrent assez facilement dans la cavité centrale du boudin invaginé qui a perdu toute communication avec celui de l'intestin. Celui-ci est resté dans l'abdomen ; il s'ouvre par un orifice situé en haut et en dehors de la masse prolapsée à l'angle supérieur et externe de l'anus contre nature et continue comme par le passé à donner issue aux matières fécales.

Les téguments qui entourent l'ouverture anormale sont rouges, excoriés dans une assez grande étendue par suite du contact incessant des matières intestinales. Çà et là, on voit de gros bourgeons rouges semblables à des plaques muqueuses enflammées et constituées en réalité comme elles par des hypertrophies des papilles cutanées. L'état général mauvais comme nous l'avons déjà dit, interdisait toute action chirurgicale immédiate. Je crus pouvoir rattacher l'ensemble des symptômes à une septicémie due à l'absorption de matières toxiques par les lymphatiques de la muqueuse herniée. La médication instituée d'après cette hypothèse démontra son exactitude. Sous l'influence de pansements répétés à l'acide phénique, la muqueuse se détergea rapidement et les phénomènes toxiques cessèrent au bout de deux ou trois jours ; la malade put dormir et prendre du bouillon, puis quelques aliments réparateurs. Des lavements laudanisés donnés par le bout supérieur et des cataplasmes sur le ventre complétèrent cette médication.

Le 21 octobre, l'état général est suffisamment amélioré pour que l'on songe à une intervention plus active. La malade dort bien, prend divers aliments (bouillon, potage, viande rôtie) ; elle demande instamment d'être débarrassée de son mal, le moral est bon. 22 octobre, ne pouvant songer à réduire l'invagination, je me décide à faire l'excision de la portion d'intestin herniée. La malade étant légèrement chloroformée, la chaîne de l'écraseur linéaire embrasse le cylindre intestinal à un cent. environ de son point d'émergence, la section est faite lentement et ne fournit point de sang. On recherche avec précaution au centre de la plaie condensée par la chaîne la cavité de l'intestin et, pour empêcher la rétraction du bout inférieur dans l'abdomen aussi bien que l'ouverture béante du péritoine au niveau de l'éperon, on place en plusieurs points de la circonférence du nouvel orifice quelques sutures. Deux autres points fixent à la peau la partie interne de l'orifice.

Cette opération fut pratiquée au lit de la malade en présence de MM. Cusco et le Dentu. Ce dernier présentait la partie réséquée à la société anatomique.

Les deux orifices, supérieur et inférieur, étaient maintenant presque au même niveau, mais ils restaient très distants, écartés de 4 cent. environ et séparés par un éperon large et épais à son sommet. Ultérieurement Verneuil détruisit l'éperon à l'aide du caustique et de l'antérotome réunit les lèvres de l'orifice par la suture métallique sans manœuvre autolastique et guérit ainsi le malade.

14^o Observation de Fochier in Lyon médical T. XVI, année 1874, p., 31. Résumée :

P. (Pierrette), âgée de 58 ans, fut opérée hernie crurale droite étranglée et sphacélée par M. Daniel Molière qui établit un anus contre nature.

Les jours suivants j'assiste à l'extension de la péritonite, le météorisme augmente encore, les vomissements persistent ; le cours des matières se rétablit, ce n'est qu'au bout de six jours que les accidents inflammatoires s'apaisent et qu'on a à faire face à un autre danger, l'adynamie par défaut d'absorption, car toutes les matières ingérées sont versées au dehors par l'anús contre nature et dans un état qui démontre que cette ouverture est beaucoup plus voisine de l'estomac que dans l'observation précédente. La muqueuse intestinale procède de plus en plus à travers la plaie formant une saillie qui dépasse le niveau de la peau de 4 à 5 cent. Mêmes accidents d'exulcération que dans l'observation précédente ; l'indocilité extrême de la malade ne permet pas d'essayer l'obturation à l'aide d'un bandage. L'entéromie est faite à la fin de juin et provoque quelques accidents de péritonite légers, si on les compare à ceux de la première opération. La moitié des matières passe alors par le bout inférieur, l'autre moitié s'engage par le large orifice béant dans l'aine.

L'orifice anormal fut fermé un peu plus tard par le procédé de Jobert de Lamalle.

15^o Observation de Dittel (Wiener Med. woch 1878 n^o 48) :

Hartig (Anna), 47 ans. Une ancienne hernie crurale droite s'étrangla il y a 4 ans et fut opérée heureusement. Le 1^{er} juillet 1878, elle s'étrangla de nouveau et les accidents qu'elle occasionna se terminèrent par l'établissement d'un anus contre nature.

A l'entrée on constate une ouverture de 7 cent. dans son grand axe et de 3 cent. et demi dans le petit axe, avec prolapsus intestinal gros comme une pomme dans la station horizontale, long de 12 cent. dans la position debout, au sommet du prolapsus, deux orifices appartenant l'un supéro-externe au bout inférieur, l'autre inféro-interne au bout supérieur.

Tout sort par l'anús anormal. La position horizontale, les bandages compressifs ne donnent aucun résultat. Les doigts introduits entre les deux bouts ne sentent que peu de substance entre les deux bouts, ce qui permet de supposer qu'il n'y a pas d'anse interposée ; il n'y a pas d'éperon, mais un pont entre les deux bouts. L'auteur ne croit pas devoir recourir à l'enterotomie, se fondant sur la possibilité de la sténose intestinale à la suite de la perte de substance que subirait l'intestin et la difficulté de fermer l'orifice par un lambeau, à cause du mauvais état de la peau. La guérison fut obtenue par une enterrophie circulaire après résection des bouts de l'intestin.

16^o Observation de Billroth in (arch. fur. Klin. chir T. XXIV 1879)

Elle a trait à un garçon de seize ans qui fut atteint d'abcès stercoral à la suite de l'étranglement d'une hernie inguinale droite. L'incision de cet abcès laissa à sa suite un anus contre nature.

Deux mois après, le 23 février 1873, il était d'une extrême maigreur malgré un appétit vorace. Sa plaie était considérable et la muqueuse du bout inférieur faisait hernie. Le bout supérieur était situé plus bas au milieu des granulations de la plaie.

L'affaiblissement se prononçant, on juge qu'il est nécessaire de faire une prompt intervention.

On fit l'entérorraphie circulaire qui fut suivie de guérison.

17° Observation de M. Cazin (de Boulogne) :

Anna D..., femme mariée, âgée actuellement de 62 ans, eut en juillet 1839 à la suite de ses couches, une tumeur dans le flanc droit que son médecin pensa être un abcès des ligaments larges. Jusque-là, aucun symptôme du côté des fonctions intestinales. Trois semaines après, le chirurgien incisa largement et donna issue à une grande quantité de pus infect, mais ne présentant pas d'odeur stercorale, il ne s'échappa pas non plus de gaz. Au dire de la malade, trois heures après l'opération il sortit par la plaie quelques grains de raisin.

Malgré cette circonstance, il paraît que la plaie guérit assez rapidement, laissant toutefois subsister une ouverture fistuleuse qui, de temps en temps, livrait passage à des matières que la malade trouvait ressembler à ce qu'elle mangeait, une fois même, il serait sorti un noyau de cerise. Que s'était-il passé ?

Y avait-il eu erreur de diagnostic ? On peut admettre qu'un abcès péri-utérin était en voie de s'ouvrir dans l'intestin quand l'incision cutanée a été pratiquée et qu'alors la fistule stercorale a été formée chirurgicalement. Il serait actuellement impossible d'élucider cette question. Quoi qu'il en soit, petit à petit, il se produisit par l'ouverture fistuleuse un prolapsus de la muqueuse qui, de temps en temps, devenait le siège d'une congestion marquée. Bientôt cette congestion devint périodique ; elle coïncidait avec l'époque cataméniale et paraissait supléer l'hémorragie utérine, qui depuis l'accouchement avait fait défaut.

Le 27 décembre de la même année, après une fatigue inaccoutumée, la saillie de l'intestin se fit plus volumineuse et devint irréductible. Le lendemain, coliques et vomissements, un lavement simple détermine une selle. La portion d'intestin sortie, très tuméfiée, prit une couleur livide ; la malade envoya, le 29, chercher le docteur Gress, en l'absence du docteur Cory. Il se trouva une anse intestinale sortie, gonflée, semblable à la muqueuse du prépuce dans un ancien paraphimosis. Le ventre était un peu tendu et douloureux à la partie inférieure. Prescription : seize sangsues autour de la plaie herniaire, lavement salé avec miel de mercuriale. Le lendemain soir, l'intestin rentré ne présentait plus qu'une petite saillie en cul de poule.

Rien ne fut tenté pour guérir cette malheureuse.

Depuis lors, les mêmes accidents se reproduisirent à diverses époques ; la tumeur sortait et la malade la réduisait elle-même. Graduellement, les matières intestinales se frayèrent un passage par cette voie et le bout inférieur perdit peu à peu ses fonctions. Le liquide des lavements donnés à cette époque déterminait encore quelquefois des évacuations, mais ne sortait jamais par l'anus contre nature. Il y a plus de vingt ans, l'intestin retourné fit une saillie plus considérable que de coutume, et cette fois la réduction fut impossible. Dès cette époque aussi, cette pauvre femme, réduite à un grand état de maigreur, conserva pendant le long du ventre et jusque sur les cuisses, une tumeur cylindrique, mollassse, rouge vineuse, en forme de boudin légèrement recourbée en arc de cercle du côté de l'abdomen, longue de 25 cent. se réduisant un peu par le décubitus dorsal. Sa largeur mesure 6 cent. au moins à l'état de repos.

Le boudin est perforé à son extrémité inférieure ou libre.

Cet orifice situé au centre d'un bourrelet assez considérable est transversal et se dirige vers la cuisse ; on ne peut bien le voir qu'en relevant le cylindre d'invagination. Il livre passage à des matières alimentaires.

Vers la base et en dedans, existe une saillie peu marquée d'ordinaire, surmontée d'un orifice qui conduit au boudin inférieur et par lequel il s'écoule quelques mucosités. Cette couverture admet par distension l'extrémité du doigt indicateur jusqu'à une profondeur de cinq cent ; plus loin, c'est à peine si une sonde n° 20 peut être introduite, tellement le calibre de cet intestin devenu inutile, s'est amoindri. Le cylindre est le siège des mouvements vermiculaires irréguliers, que le froid et l'excitation augmentent un peu. La surface de toute la tumeur est lubrifiée par

un mucus très abondant presque transparent, gommeux, filant, à odeur légèrement spermatique à réaction alcaline.

La malade a succombé presque subitement une quinzaine de jours après mon examen et tous nos efforts pour obtenir l'autopsie ont été infructueux.

18^e Observation du Prof. Desgranges in Thèse agrég. Pollonson 1833 :

Femme, quarante-huit ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée et opérée. Anus contre nature large, compliqué d'invagination du bout supérieur.

Eperon s'avancant jusqu'à l'orifice.

19^e Observation de C. Mahar int. Des hôpitaux :

Cet accident fut observé en 1895, sur un malade du service de Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité. Ce malade était porteur depuis un certain temps d'un anus contre nature établi sur le cœcum quand un jour il se fit sans cause appréciable une invagination de l'intestin à travers l'anus contre nature à la place duquel on voyait une tumeur du volume du poing, rouge sombre, couverte de mucosités et très douloureuse à la pression et spontanément. Le cours des matières était complètement suspendu de même que l'émission des gaz et ce phénomène joint au ballonnement très notable du ventre et aux vomissements fécaloïdes firent porter le diagnostic d'occlusion intestinale par invagination de l'intestin à travers l'anus contre nature.

Le traitement fut simple car Desprès put à l'aide d'un taxis assez prolongé fait à l'aide de compresses, faire rentrer l'intestin dans l'abdomen. Aussitôt après la réduction les accidents cessèrent.

20^e Kirrison soc. de chir. 28 déc. 1898 :

Le 2 mars 1898, on présenta à l'hôpital un petit garçon âgé de quatre jours, offrant tous les symptômes de l'imperforation anale. L'anus existait ; aussi un chirurgien pratiqua un débridement au bistouri. Mais ne rencontrant pas l'ampoule rectale après avoir pénétré à 3 cent. de profondeur, il fit un anus iliaque. Six jours après l'enfant est rapporté dans un état assez précaire, avec au niveau de son anus iliaque, un énorme prolapsus. Au cours de l'exploration à laquelle M. Kirrison se livre, l'enfant crie et fait des efforts violents. Subitement les adhérences péritonéales créées par l'opération se rompent, et la plus grande partie de l'intestin grêle et une partie de l'S iliaque font issue au dehors. On endort alors l'enfant par le chloroforme, on réduit les anses intestinales, et une sonde introduite dans le bout inférieur est poussée à fond devient appréciable par la plaie périnéale. On débride l'orifice anal ; on aperçoit le cul de sac rectal coiffant la sonde ; on l'attire et on le fixe à la plaie péritonéale. L'anus normal étant ainsi rétabli, on ferme l'anus iliaque par deux plans de suture de Lembert. Les suites opératoires furent d'une bénignité parfaite ; les matières passèrent par l'anus périnéal et l'enfant s'est normalement développé.

21^e Observation recueillie dans le service du Dr Brun par M. Paul Alglave, interne des hôpitaux :

Il s'agit d'un nouveau-né atteint d'accidents d'occlusion intestinale que l'autopsie montra être dus à l'imperforation de la valvule iléo-cœcale et qui nécessi-

tèrent l'établissement d'un anus contre nature. M. Albarran, appelé de garde explore le rectum avec le petit doigt et, ne percevant pas de méconium, pense que l'obstacle à l'écoulement des matières doit se trouver en un point plus élevé de l'intestin, aussi se décide-t-il à pratiquer un anus iliaque gauche. Une incision est faite sans anesthésie à un travers de doigt de l'épine iliaque gauche antérieurement et supérieurement. M. Albarran trouve l'S iliaque dans le fond de la fosse iliaque. Elle est complètement effacée et rétractée, ce qui indique que sa communication avec l'intestin grêle est interrompue. Aussi, M. Albarran prend-il la première anse grêle distendue qui se présente pour la fixer aux lèvres de l'incision cutanée et y pratiquer une boutonnière. La suture est faite au catgut. Dans les moments qui suivent une évacuation abondante de matières, se produit par la boutonnière artificielle et l'enfant profondément soulagé s'alimente avec un peu d'eau sucrée.

Le lendemain et les jours suivants l'appétit est bon et les matières s'écoulent facilement et en abondance par l'anus artificiel.

Le 2 janvier, cinq jours après l'intervention ; les points de suture ont lâché et l'intestin s'est échappé sur une longueur de quelques cent. par la plaie.

On parvient à le réduire et à le fixer de nouveau par quelques points au catgut.

L'anus ne fut dès lors le siège d'aucune complication, mais l'enfant mourut trois semaines après l'opération.

22^o Observation de Monsieur Souligoux, chirurgien des hôpitaux :

Il s'agit d'un homme de 50 ans environ qui entra dans le service du professeur Tillaux pour s'y faire opérer d'un cancer du rectum. M. Souligoux lui fit un anus iliaque par le procédé de Maydl qu'il modifia en faisant la section complète de l'intestin dont il accolla les deux bouts en canons de fusil. Quelques temps après, il se produisit une éversion des deux bouts de l'intestin sectionné sur une longueur de 15 cent.

OPÉRATION. — On sectionne en long chaque cylindre intestinal prolabé de façon à le diviser en deux valves ; les vaisseaux sont liés au fur et à mesure, puis les deux valves sont sectionnées au ras de l'orifice artificiel et on suture la muqueuse à la paroi abdominale. Guérison.

23^o Observation du Dr Souligoux :

Femme de 52 ans opérée le 1^{er} mars 1902. M. Souligoux établit un anus iliaque par son procédé (voir observation précédente). Il se produit au bout de peu de temps, un prolapsus de dix cent. du bout inférieur. On fait la même opération que dans l'observation précédente et elle est suivie de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER**..... Des anus c. n. thèse d'agrég. Paris 1848.
- AMUSSAT** Mémoire sur l'anus c. n. lombaire. Paris 1839.
- BARNSBY** (de Tours) Congrès de chirurgie 1903.
- BAUBY** De l'occlusion intestinale Encyclopédie Leauté.
- BEGIN** Cliniques de Dupuytren.
- BLANDIN** Gazette médic. de Paris 1838.
- BOUILLY** Enterotomie et enteroraphie. Revue chir. 1881. T. I^{er}.
- CAZIN** Société de chir. 12 mai 1875.
- CHAPPLAIN** Bulletin société de chirurgie 1850.
- CHOMETTE** Thèse de Paris 1836.
- CRUVEILHER** Traité d'anatomie pathologique. T. T.
- DESAULT** Journal de chirurgie. T. I^{er}.
- DUPUYTREN** Mémoires de l'académie royale de médecine 1828, et leçons de chirurgie clinique 1832.
- DUPLAY-RECLUS** Traité de chirurgie. T. VI. 1898.
- DUVAL** (Pierre)..... Thèse de Paris 1902.
- FOCHIER** Lyon médical 1874.
- FOUCHER** De l'anus contre nature, thèse d'agrégation. Paris, 1857.
- GÉRAUD** (Henri) Thèse Paris 1902.
- GLIRCH** et **BRAUN** In thèse Géraud 1902.
- GUINARD**..... Bulletin société de chir. 16 nov. 1898.
- GUYON** Dictionnaire encyclopédique des sciences médic. article anus C. N.
- HARTMANN**..... Technique de l'anus iliaque XII^e congrès international de médecine, section de chirurgie générale 1900.
- JEANNEL**..... Chirurgie de l'intestin.
- HAUFMANN** Deutsche zeit schrift F. chir. 1888.
- KIRMISSON**..... Précis de chirurgie infantile 1906.
- LALLEMAND**..... Thèse Paris 1818.
- LARDENNOIS** et **OKINZIC**.. Journal de chir. 1913.
- LARREY** Un cas très remarquable d'anus C. N., société de chir. 1856.
- LAUGIER**..... Article anus C. N. in dictionnaire en 30 volumes.
- LEBLANC**..... Thèse Paris 1805.
- LE DENTU** Société anatomique oct. 1869. Revue de chir. 1908
- LE DENTU, DELBET** (1899) Traité de chir. clinique et opératoire. T. VIII.

LE GENDRE	Mémoire sur l'anus C. N. mémoire de la société de chir. T. V. 1863.
LIOLARD	Thèse Paris 1819.
LOUIS	Mémoires de l'académie royale de chirurgie. T. VIII.
MAISONNEUVE	In thèse Foucher 1857.
MARI	Thèse Lyon 1891.
MILLET	Thèse Paris 1882.
MELATON	Eléments de pathologie chirurgicale.
PATEL	Revue de chir. 10 mars 1902.
LA PEYRONIE	Mémoire de l'académie royale de chir. T. 1 ^{er} . 1743.
POLOSSON	Thèse agrég. de Paris 1883.
QUENU et DUVAL	Semaine médicale 1910.
RECLUS	Premier congrès de chir. Paris 1885. Cliniques 1909.
REGARD	Thèse Lyon 1895.
RICARD et LAUNAY	Technique chirurgicale.
SABATIER	Mémoire sur l'anus C. N. Académie royale de chir. 1774. T. V.
SCARPA	Traité des hernies (traduit de l'italien) Paris 1823.
SCHITZINGER	In thèse Géraud 1902.
SIKORA	Thèse Paris 1902.
TERRIER (Félix)	Bulletin société de chir. 9 nov. 1898. Et revue de chir. 1901.
VELPEAU	Journal hebdomadaire des Progrès des sciences mé- dicales Paris 1836. Gazette des hôpitaux Paris 1836 Leçons de clinique. T. 1 ^{er} Paris 1840.
VERNEUIL	Bulletin société de chir. 1870.
VERNEUIL RECLUS	Des anus artificiels iliaques et lombaires. Premier congrès français de chirurgie Paris 1885. T. 1 ^{er} .
WITZEL et V. HACKER. ..	In thèse Géraud Paris 1902.

GRANDE IMPRIMERIE DU CENTRE
P. HERBIN & H. BOUCHÉ, MONTLUÇON